# ANEXO 2b. C.I.F.E.

## *SOLICITUD DE REVISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EXTERNO.*

## *COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA (C.I.F.E.).*

***Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología (C.I.F.E.)***

***P R E S E N T E***

***Por medio del presente, me permito someter a su consideración la revisión del Proyecto de Investigación señalado, y en caso de cumplir con los requisitos establecidos en el Manual del Comité de Investigación (C.I.F.E.), se proceda a su registro correspondiente:***

***Nombre del Proyecto de Investigación:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Nivel Académico:***

***Institución Externa:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Academia*** | ***Seleccione con una (X)*** | ***Nombre del Grado Para Obtener*** |
| ***Licenciatura*** |  |  |
| ***Posgrado*** |  |  |
| ***Área de Investigación***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nombre Completo*** | ***ID/ Núm. de Matrícula*** | ***Correo electrónico Institucional*** | ***Firma*** |
| ***Responsable del Proyecto de Investigación:***  |  |  |  |
| ***Director Disciplinario:***  |  |  |  |
| ***Director Metodológico:***  |  |  |  |
| ***Asesor Externo 1:***  |  |  |  |
| ***Estudiante/Investigador:***  |  |  |  |

***Seleccione el área correspondiente marcando con una “x”:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Área***  | ***Seleccione (X)*** |
| ***Básica*** |  |
| ***Epidemiológica*** |  |
| ***Educativa*** |  |
| ***Social*** |  |
| ***Clínica*** |  |

***Relación de participantes:******Relación de Participantes:*** |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Área***  | ***Seleccione (X)*** |
| ***Básica*** |  |
| ***Epidemiológica*** |  |
| ***Educativa*** |  |
| ***Social*** |  |
| ***Clínica*** |  |

 |

***En espera de su valoración y, en su caso, aprobación del registro solicitado, me reitero atento a cualquier observación o indicación que el Comité considere pertinente.***

***A t e n t a m e n t e***

***“Pensar bien, para vivir mejor”***

***H. Puebla de Z., a (fecha vigente) del 2025***

***Nombre y firma, del responsable del Proyecto de Investigación.***