# ANEXO 13. C.I.F.E.

## *ESCRITO DE SOLICITUD PARA ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN E INTEGRANTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.*

## *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, el que suscribe, (Nombre completo del Responsable del Proyecto de Investigación), Docente adscrito a la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (o de otra dependencia, en su caso), me permito dirigirme a este distinguido Comité para notificar el registro del Proyecto de Investigación conforme a la siguiente información:***

***Equipo de trabajo original:***

|  |
| --- |
| ***Proyecto Titulado:***  |
| ***Cargos*** | ***Nombres*** | ***ID.*** |
| ***1*** | ***Director (a) y Responsable del Proyecto de Investigación:*** |  |  |
| ***2*** | ***Director (a) Disciplinario (a):*** |  |  |
| ***3*** | ***Director (a) Metodológico(a):*** |  |  |
| ***4*** | ***Asesor (a) Externo (a): (Colocar Universidad y País de residencia)*** |  |  |
| ***5*** | ***Estudiante(s):*** |  |  |

***Con base en los lineamientos establecidos para la actualización de proyectos, solicito atentamente se realicen las modificaciones pertinentes respecto al (los) siguiente(s) cambio(s): (Especificar cambios solicitados: Director Disciplinario, Metodológico, Estudiante o Título), para quedar de la siguiente manera:***

***Equipo de trabajo y/o Titulo, modificado:***

|  |
| --- |
| ***Proyecto Titulado:***  |
| ***Cargos*** | ***Nombres*** | ***ID.*** |
| ***1*** | ***Director (a) y Responsable del Proyecto de Investigación:*** |  |  |
| ***2*** | ***Director (a) Disciplinario (a):*** |  |  |
| ***3*** | ***Director (a) Metodológico(a):*** |  |  |
| ***4*** | ***Asesor (a) Externo (a): (Colocar Universidad y País de residencia)*** |  |  |
| ***5*** | ***Estudiante(s):*** |  |  |

***Consciente de la importancia de mantener actualizado el registro de proyectos y del cumplimiento de las normativas de la Secretaría de Investigación, quedo a la espera de la emisión formal de los cambios solicitados por el honorable Comité de Investigación (C.I.F.E).***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Grado Académico*** | ***Marcar con una X*** ***Grado Académico y Terminal*** |
| ***Licenciatura de Estomatología*** |  |
| ***Maestría en Estomatología*** |  |
| ***Terminal*** | ***Endodoncia*** |  |
| ***Ortodoncia*** |  |
| ***Pediatría*** |  |
| ***Rehabilitación Oral*** |  |

***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 Docente Responsable del Proyecto de Investigación.***