



ANEXO II

- Formato de Liberación de Proyecto de Estadía - Curso Taller de Elaboración de Proyectos de Investigación en Salud

Este formato es un requisito para ingresar al Curso Taller de Elaboración de Proyecto de Investigación en Salud, a realizarse en el periodo **septiembre – noviembre 2018**.

Nombre del estudiante:	
Matrícula:	
Programa educativo:	
Nombre del proyecto de Estadía:	
Asesor actual(*):	

El actual **Asesor Académico**, establece y autoriza al estudiante suscrito para que continúe y concluya su proyecto bajo una de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/>	Se libera totalmente el proyecto y el asesoramiento para guiarse por otro asesor(a).	Observaciones:
<input type="checkbox"/>	Se libera parcialmente el proyecto o el asesoramiento bajo las siguientes términos.	Observaciones:
<input type="checkbox"/>	Como asesor, me comprometo a continuar con el asesoramiento y dirección del proyecto en los mismos tiempos establecidos del Curso Taller (sept-nov 2018), y concluir con las revisiones, elaboración final del reporte y presentación del mismo, así como en la evaluación correspondiente de estadía.	Observaciones:
<input type="checkbox"/>	No se libera el proyecto por derechos de originalidad y autoría; se libera el asesoramiento correspondiente y se indica que deberá realizar otro proyecto respetando los derechos comentados.	Observaciones:

**Nota: en caso de no tener asesor de proyecto, la firma será de el o la responsable del área que asigna los asesores para estadía.*

A partir de la firma del presente formato, la o el alumno e instructor(a) del curso taller serán los responsables de concluir el proyecto, así como la presentación del mismo. En el que se establecerá quiénes revisarán y resguardarán la evidencia generada durante las actividades de evaluación y revisión de la memoria estadía, así como los instrumentos de evaluación empleados con el que se generará el resultado y calificación final al concluir.

Nombre y firma del estudiante solicitante

Vo. Bo. Nombre y firma del tutor(a)

Autorización. Nombre y firma del Asesor(a) Académico(a) actual del Proyecto

Vo. Bo. Directora del Programa Educativo

C.C.P.: Director(a) de Programa Educativo.
Asesor Académico del Proyecto.
Tutor; para su conocimiento y seguimiento.