**Científico(a) Calificado (a)**

**Requerido para TODOS los proyectos**

**FORMATO 2**

Debe ser completado y firmado antes de empezar a experimentar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del (de la) líder del equipo: | |  |
| Nombre del (de la) segundo(a) líder: | |  |
| Nombre del (de la) tercer(a) líder: | |  |
|  | |  |
| **Título del proyecto**: |  | |

**Para ser completado por el(la) Científico(a) Calificado(a):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del (de la) Científico(a): | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Pertenece al SNI? | Si |  | | No | |  | | Nivel | | | | | |  |
| Último grado obtenido: | | Doctorado | | | | | | | |  | | Posdoctorado | | | |  | CVU |  |
| ¿Es becario CONAHCYT? | | | Si | |  | | No | | | |  | | ¿Qué programa está cursando? | | | | | | |  |

**Formación / Experiencia relacionada con el área de investigación del proyecto:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Puesto: |  | Institución: |  |
| Teléfono: |  | Email: |  |

**Confirma haber revisado y estar de acuerdo con la convocatoria de la Feria Mexicana de Ciencias e Ingenierías 2024, relevante para este proyecto.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si |  | No |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Se involucrará lo siguiente en el proyecto? | | | | | | | |  | | | | |
| a. Personas Participantes | | Si |  | No | | |  |  | | | | |
| b. Animales Vertebrados | | Si |  | No | | |  |  | | | | |
| c. Agentes Biológicos Potencialmente Peligrosos (microorganismos, ADNr y tejidos, incluyendo sangre y producto sanguíneos) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. Sustancias y dispositivos peligrosos | | Si |  | No | | | |  | |  | | | |
| ¿Este estudio es un subconjunto de un estudio más extenso? | | | | | | | | No | | | |  | Si | |  | (Explique) |
| ¿En qué sentido?: |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ¿Va a supervisar directamente al estudiante? | | | Sí | |  | No | | |  | |

Si no, ¿Quién supervisará directamente al (a la) estudiante como Supervisor(a) Designado(a)?

Formación/Experiencia del (de la) Supervisor(a) Designado(a):

**Certifico que he revisado y aprobado el Plan de Investigación antes de comenzar la experimentación. Si el(la)estudiante o Supervisor(a) Designado(a) no está formado para los procedimientos necesarios, me aseguraré de su formación. Daré asesoramiento y supervisión durante la investigación. Tengo conocimiento de las técnicas que usará el(la) estudiante en el Plan de Investigación. Entiendo que un(a) Supervisor(a) Designado(a) es requerido(a) cuando el(la) estudiante no esté realizando experimentación bajo mi supervisión directa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **(dd/mm/aaaa)** |
| **Nombre del (de la) Científico Calificado (a)** | **Firma** | **Fecha de aprobación** |