**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 proyecto:

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 completo del (de la) Científico(a):

¿Pertenece al SIIN? ☐ Sí \_\_\_ ☐ No\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_

Último grado obtenido:

☐ Doctorado ☐ Posdoctorado CVU \_\_\_\_

¿Es becario SECIHTI? ☐ Sí\_\_\_ ☐ No\_\_\_ ¿Qué programa está cursando:

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

Puesto: Institución:

Teléfono: Correo electrónico:

1. Confirma haber revisado y estar de acuerdo con la convocatoria de la **Feria Michoacana de Ciencias e Ingenierías 2025**, relevante para este proyecto.

Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Se involucrará lo siguiente en el proyecto?

* 1. Personas Participantes ☐ Sí ☐ No
	2. Animales Vertebrados ☐ Sí ☐ No
	3. Agentes Biológicos Potencialmente Peligrosos

(microorganismos, ADNr y tejidos, incluyendo

sangre y producto sanguíneos) ☐ Sí ☐ No

* 1. Sustancias y dispositivos peligrosos ☐ Sí ☐ No

¿Este estudio es un subconjunto de un

 estudio más extenso? ☐ Sí ☐ No

(si responde sí, explique) ¿En qué sentido?:

¿Va a supervisar directamente al estudiante? ☐ Sí ☐ No

1. Si no, ¿Quién supervisará directamente al (a la) estudiante como Supervisor(a) Designado(a)?
2. 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.

Nombre del (de la) Científico(a) Calificado(a):

Fecha de aprobación: Firma

 dd/mm/aaaa