



## FORMA ER-I

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EXPERIENCIA EDUCATIVA: EXPERIENCIA RECEPCIONAL

<b>Fecha de Solicitud</b>	
<b>No. Folio de Inscripción Asignado</b> (Espacio llenado por la Mesa de Control del Comité de Investigación → ER-Año-# progresivo)	ER-20__ -
<b>Nombre del Alumno</b>	
<b>Título del Protocolo</b>	
<b>Asesor</b> (Investigador Responsable) Institución a la que pertenece	
<b>Co-Asesor</b> Institución a la que pertenece (Si aplica)	
<b>Número telefónico</b>  <b>y</b> <b>Correo electrónico de contacto</b>	

ATENTAMENTE

---

**Nombre y Firma del Alumno**



## FORMA ER-2

H. Veracruz, Ver. , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EXPERIENCIA EDUCATIVA: EXPERIENCIA RECEPCIONAL

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**  
FACULTAD DE MEDICINA REGION VERACRUZ  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
PRESENTE

Por este conducto, me permito poner a su Consideración el Protocolo de Investigación intitulado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ,

cuyo Asesor es el (la) C. \_\_\_\_\_ ,  
y Co-Asesor (si aplica), el (la) C. \_\_\_\_\_ .

Mismo que ha sido revisado y aprobado por mi Académico de la Experiencia Educativa: Experiencia Recepcional y cumple con los requisitos solicitados por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina Región Veracruz.

NOTA: Se anexa Protocolo de Investigación en formato digital (Word), en CD rotulado.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Alumno**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma  
Académico de Experiencia Recepcional**



## FORMA ER-3

H. Veracruz, Ver. , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**  
FACULTAD DE MEDICINA REGIÓN VERACRUZ  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
PRESENTE

Por este conducto, el (la) que suscribe,  
C. \_\_\_\_\_,  
notifico a Ustedes que soy Asesor del Protocolo de Investigación intitulado:

\_\_\_\_\_ ,  
que para la Experiencia Educativa: Experiencia Recepcional, presenta el (la) C. \_\_\_\_\_, y del cual es  
Co-Asesor (si aplica), el (la) C. \_\_\_\_\_.

En caso de no concluirse el presente Protocolo de Investigación, informaré por escrito y de manera oportuna a este Comité, para la cancelación del Registro correspondiente.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma**  
**Asesor del Protocolo de Investigación**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma**  
**Co-Asesor del Protocolo de Investigación**

NOTA.- Anexas Síntesis Curricular actualizada, del Asesor y Co-Asesor del Protocolo de Investigación, que fueron nombrados por el Consejo Técnico o Coordinadores de Academia.



## FORMA ER-7

H. Veracruz, Ver. , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**C.** \_\_\_\_\_  
ACADÉMICO DE LA EXPERIENCIA EDUCATIVA: EXPERIENCIA RECEPCIONAL  
FACULTAD DE MEDICINA REGIÓN VERACRUZ  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
PRESENTE

Por este conducto informo a Usted, que ha sido concluido el Trabajo de Investigación realizado a partir del Protocolo intitulado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, realizado por el

C. alumno (a): \_\_\_\_\_,  
para la Experiencia Educativa: Experiencia Recepcional.

NOTA.- Se anexa un ejemplar del Trabajo concluido, en formato digital (en CD).

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Asesor del Trabajo de Investigación**