

Anexo I: Formulario del Investigador Principal

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE VÍNCULO CONTRACTUAL

DEL INVESTIGADOR/A PRINCIPAL

El/la que suscribe postula el proyecto de investigación titulado:.....

.....

.....

A la ,Convocatoria 2019 a “Proyectos de Investigación Salud Investiga” de la Dirección de Investigación para la Salud

Declaro no poseer ningún tipo de vínculo contractual ni con el nivel central del Ministerio de Salud de la Nación y Desarrollo Social ni con el del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología

Declaro haber leído y aceptado las bases de la presente convocatoria.

Nombre y Apellido del/la IP- Co-IP

Fecha y firma

DECLARACION JURADA DE EQUIPO Y COMPROMISO DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES

DEL INVESTIGADOR/A PRINCIPAL

El/la que suscribe postula el proyecto de investigación titulado:.....

.....

.....

A la , **Convocatoria 2019 a "Proyectos de Investigación Salud Investiga" de la Dirección de Investigación para la Salud**

Declara poseer avales y compromiso de trabajo de la siguiente lista de personas e instituciones . Cualquier falseamiento de información se tomarán las medidas legales y administrativas correspondientes, pudiendo dejar sin efecto el otorgamiento del financiamiento

Declaro haber leído y aceptado las bases de la presente convocatoria.

Equipo de trabajo

Nombre y Apellido	Institución laboral	Provincia Institución	Rol en equipo	Provincia de residencia

Instituciones participantes

Institución	Localidad	Provincia	Mail institucional

Nombre y Apellido del/la IP

Fecha y firma

FOTOCOPIA DEL TÍTULO UNIVERSITARIO Y POSGRADO (EN EL CASO DE TENERLO) DEL IP

Pegue en este espacio dicha documentación del IP

FOTOCOPIA DE LA 1° Y 2° HOJA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (2 COPIAS)

Pegue en este espacio dicha documentación del IP

FICHA INVESTIGADOR/A PRINCIPAL

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
MAIL	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	
TELEFONO CELULAR	
LUGAR DE TRABAJO	
PROVINCIA	
CARGO	
BREVE CV: (INCLUIR FORMACIÓN ACADÉMICA, EXPERIENCIA LABORAL, EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN, PUBLICACIONES DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS)	

FORMULARIO DE LA INSTITUCION DEL IP

NOTA DE AVAL INSTITUCIONAL

Este formulario deberá estar firmado por el Director o autoridad equivalente de la institución que avala al IP propuesto/a y el desarrollo del proyecto de investigación

La institución de pertenencia del IP deberá dar su aval al IP propuesto y al desarrollo del proyecto de investigación en el ámbito que corresponda. Asimismo, dejará constancia que el IP se desempeña en dicha institución y deberá garantizar que se encuentra habilitada para recibir los fondos destinados al proyecto y asegurar la utilización de los aportes no reembolsables para los fines correspondientes asegurando la mecanismos de rendición de cuentas.

A los.....días del mes de.....del año 2018, declaro haber leído y conocer el proyecto de investigación titulado.....

.....
.....

Y extendiendo en este acto mi conformidad para que el IP.....

..... participe en la Convocatoria 2019 a "Proyectos de Investigación Salud Investiga" de la Dirección de Investigación para la Salud en representación de: (indique el nombre de la Institución)

.....
.....

Asimismo se autoriza, en caso de ser necesario, el desarrollo del proyecto en esta institución.

Firma y sello del Director o autoridad equivalente de la Institución que avala la postulación del becario y para el desarrollo del proyecto *

Cargo que ocupa

Fecha:/...../ 2018

DATOS DE LA INSTITUCION DEL IP

Nombre de la institución	
Domicilio legal	
Localidad	
Provincia	
Teléfono	
Mail institucional	
Número de CUIT	

(MARCAR CON UNA X DONDE CORRESPONDA)

INSTITUCION DEL SECTOR PUBLICO	
NACIONAL	
PROVINCIAL	
MUNICIPAL	
INSTITUCION DE ENSEÑANZA SUPERIOR	
PUBLICA	
PRIVADA	
UNIVERSIDAD	
FACULTAD	
DEPARTAMENTO	
CATEDRA	
INSTITUTO	
OTRA (especificar al pie)	

--

OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS (especificar al pie)

--

**ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN DESARROLLADAS POR LA INSTITUCIÓN EN LOS
ÚLTIMOS CINCO AÑOS.**

(Describe y enumere el tipo de actividad, fuente de financiamiento y año de realización)

--

CONSTANCIA DE CUIT DE LA INSTITUCIÓN

Pegar aquí el documento solicitado

FORMULARIO DE LA INSTITUCION DE GESTIÓN DE PROYECTOS

NOTA DE AVAL INSTITUCIONAL (solo en caso de contratar una institución para gerenciar el financiamiento)

Este formulario deberá estar firmado por la autoridad de la institución seleccionada para la gestión, organización y el gerenciamiento de proyectos

Nombre de la institución:
seleccionada para la gestión, organización y el gerenciamiento del proyecto titulado

..... garantiza que se encuentra
habilitada para recibir los fondos destinados al proyecto y asegurar la utilización de los aportes no
reembolsables para los fines correspondientes asegurando la mecanismos de rendición de cuentas.

*A los.....días del mes de.....del año 2018, declaro haber leído y conocer el proyecto de
investigación y extendiendo en este acto mi conformidad para su gerenciamiento en el marco de la
Convocatoria 2019 a "Proyectos de Investigación Salud Investiga" de la Dirección de Investigación para la
Salud*

Firma y sello del Director o autoridad equivalente de la Institución que gerencia el proyecto *

Cargo que ocupa

Fecha:/...../ 2018

DATOS DE LA INSTITUCION DE GESTIÓN DE PROYECTOS

Nombre de la institución	
Domicilio legal	
Localidad	
Provincia	
Teléfono	
Mail institucional	
Número de CUIT	

(MARCAR CON UNA X DONDE CORRESPONDA)

INSTITUCION DEL SECTOR PUBLICO	
NACIONAL	
PROVINCIAL	
MUNICIPAL	
INSTITUCION DE ENSEÑANZA SUPERIOR	
PUBLICA	
PRIVADA	
UNIVERSIDAD	
FACULTAD	
DEPARTAMENTO	
CATEDRA	
INSTITUTO	
OTRA (especificar al pie)	

--

OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS (especificar al pie)	
--	--

--

ANTECEDENTES DE GERENCIAMIENTO DE PROYECTOS DESARROLLADOS POR LA INSTITUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS.

--