**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 2020-2021 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 de la Secretaría de Gobierno de Salud 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 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 2020-2021 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 |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| MAIL |  |
| DOMICILIO |  |
| LOCALIDAD |  |
| PROVINCIA |  |
| TELEFONO CELULAR |  |
| LUGAR DE TRABAJO |  |
| PROVINCIA |  |
| CARGO |  |
| **Pegar CV según formato CVAR** | |
|  | |

# 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……….dias del mes de…………del año 2019, 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 2020-2021 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 al IP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo que ocupa

Fecha: ……./……………/ 2019

**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.**

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

|  |
| --- |
|  |

**CONSTANCIA DE CUIT DE LA INSTITUCIÓN**

|  |
| --- |
| *Pegar aquí el documento solicitado* |

**FICHA DE INTEGRANTE DE EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (COMPLETAR 1 POR CADA INTEGRANTE)**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO |  |
| DNI |  |
| MAIL |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| DOMICILIO |  |
| LOCALIDAD |  |
| PROVINCIA |  |
| TELEFONO CELULAR |  |
| LUGAR DE TRABAJO |  |
| PROVINCIA |  |
| ROL EN EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN |  |
| BREVE CV: ( INCLUIR FORMACIÓN ACADÉMICA, EXPERIENCIA LABORAL, EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN SI LA POSEE) | |
|  | |

# 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……….dias del mes de………………del año 2019, 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 2020-2021 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: ……./……………/ 2019

**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.**

|  |
| --- |
|  |