|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\facsa.ucss\Downloads\LOGO-UCSS.pngFACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD | Anexo 02 | Página 1 de 2 |

**RENOVACIÓN DE ASESORÍAS**

Tesis

(Título Profesional)

1. **Información de la investigación-investigador:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Título**
 | 1. **Finalidad de asesorías en el semestre:**
 |
|  | Registro de proyecto de tesis [ ] Registro de informe de tesis [ ]  |
| 1. **Integrantes**
 | 1. **Situación del trabajo de Investigación:**
 |
|  Individual [ ]  Grupal [ ]  | Continuar con el proyecto de tesis realizado en Seminario de Investigación I [ ] Realizar un **nuevo proyecto de** tesis [ ]  (Indicar motivos en el siguiente espacio) |
| 1. **Autores**
 |
| **Estudiante 1** | Apellidos y Nombres:  |
| Código:  |
| 1. **Detallar los motivos (para nueva investigación):**
 |
| Filial: |
|  |
| Programa de Estudios:  |
| Teléfono:  |
| E-mail:  |
| **Estudiante 2** | Apellidos y Nombres:  |
| Código:  |
| Filial:  |
| Programa de Estudios:  |
| Teléfono:  |
| E-mail:  |
| 1. **Registros en el Departamento de Investigación - Comité de Ética**
 |
| Proyecto de Tesis | Departamento de Investigación | [ ]  Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Comité de ética  | [ ]  Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Informe de Tesis | Departamento de Investigación  | [ ]  Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha. |

1. **Información histórica – asesor de tesis:**

|  |
| --- |
| **Llenar si solicitó en algún semestre asesorías** |
| 1. **Asesor**
 | 1. **Tiempo de asesorías**
 |
|  **Estudiante 1:**  **Estudiante 2:**  |  **Estudiante 1:**  **Estudiante 2:**  |
| 1. **¿El docente cumplió las asesorías satisfactoriamente?**
 | 1. **Motivos, docente no cumplió satisfactoriamente las asesorías**
 |
| **Estudiante 1:**Sí [ ]  No [ ]   | (Explicar motivos para ambos casos) | **Estudiante 1:**  |
| **Estudiante 2:**Sí [ ]  No [ ]   | (Explicar motivos para ambos casos) | **Estudiante 2:**  |
| 1. **Investigaciones anteriores**
 |
|  Título:  |
|  Autor (es):  |
|  Fecha de registro en Departamento de Investigación:  |
|  Fecha de registro en Comité de Ética:  |

1. **Información académica:**

|  |
| --- |
| **Completar información sobre las asignaturas de investigación** |
| 1. **Seminario de Investigación I**
 | 1. **Seminario de Investigación II**
 |
| **Estudiante 1:**Docente: Nota: Semestre: **Estudiante 2:**Docente: Nota: Semestre:  | **Estudiante 1:**Docente: Nota: Semestre: **Estudiante 2:**Docente: Nota: Semestre:  |
| 1. **Si se encuentra matriculado, mencionar las asignatura inscritas**
 |
| **Estudiante 1:** | **Estudiante 2:** |
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| 5. | 5. |
| 6. | 6. |
| 7. | 7. |
| 1. **Egresado**
 |
| **Estudiante 1:** Sí [ ]  No [ ]  ; si es sí, indicar semestre Haga clic aquí para escribir texto.**Estudiante 2:** Sí [ ]  No [ ]  ; si es sí, indicar semestre Haga clic aquí para escribir texto. |

1. **Información que declara el (los) tesista (s)**

|  |
| --- |
| **Estudiante 1:** |
| Declaro que la información presentada en el presente documento es verdadera | SÍ [ ]  No [ ]  |
| Declaro que la información presentada con respecto a la autoría de la investigación es verdadera. Siendo los autores los mencionados en el presente anexo, y no habiendo más autores. | SÍ [ ]  No [ ]  |
| Declaro conocer Reglamento de procedimientos y normas para trabajos de investigación y tesis, publicado en el portal web de la Universidad. https://www.ucss.edu.pe/ | SÍ [ ]  No [ ]  |
| Me comprometo a asistir a todas las asesorías programadas con mi asesor de tesis, de lo contrario aceptaré todas las consecuencias dispuestas por la Facultad de Ciencias de la Salud al incumplimiento del mismo. | SÍ [ ]  No [ ]  |

|  |
| --- |
| **Estudiante 2:** |
| Declaro que la información presentada en el presente documento es verdadera | SÍ [ ]  No [ ]  |
| Declaro que la información presentada con respecto a la autoría de la investigación es verdadera. Siendo los autores los mencionados en el presente anexo, y no habiendo más autores. | SÍ [ ]  No [ ]  |
| Declaro conocer Reglamento de procedimientos y normas para trabajos de investigación y tesis, publicado en el portal web de la Universidad. https://www.ucss.edu.pe/ | SÍ [ ]  No [ ]  |
| Me comprometo a asistir a todas las asesorías programadas con mi asesor de tesis, de lo contrario aceptaré todas las consecuencias dispuestas por la Facultad de Ciencias de la Salud al incumplimiento del mismo. | SÍ [ ]  No [ ]  |

**Comentarios y/o sugerencias:**

Fecha:Haga clic aquí para escribir una fecha.

Firma estudiante 1:

Firma estudiante 2: