|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\facsa.ucss\Downloads\LOGO-UCSS.png  FACULTAD 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: