# Logo B&N

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA

**DECLARACIÓN OBLIGATORIA QUE DEBE ACOMPAÑAR A TODO**

**PROYECTO QUE REQUIERA LA FIRMA DE ALGUNA AUTORIDAD**

**DE LA DIRECCION SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD**

(Resolución de Rectoría Nº 11/98 del 30/04/98)

Yo, Profesor NOMBRE DEL ACADÉMICO, coordinador académico-intelectual del proyecto de investigación: “NOMBRE DEL PROYECTO” declaro conocer y aceptar que la gestión administrativa del proyecto está sujeta a las normas y disposiciones que la Facultad y la Universidad han establecido para estos efectos. Por consiguiente, someto mi proyecto a todos los procedimientos específicos y a las diferentes etapas de seguimiento que el Decano establezca.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

El Decano que suscribe, de la Facultad de Medicina, declara conocer en detalle el contenido, el significado académico e implicancias económicas-administrativas que tiene el proyecto (de investigación) “NOMBRE DEL PROYECTO”, en el que participa como coordinador el Profesor NOMBRE DEL ACADÉMICO, de esta Facultad.

Suscribo el proyecto en cada una de sus partes y asumo la responsabilidad de velar por su adecuada gestión.

|  |  |
| --- | --- |
| Decano: | Nombre Apellido |
| Firma: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha: | XX de mayo de 2018 |