**Formulario de inscripción para la Investigación coordinada por GIFID**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos: |  |
| Nombres: |  |
| Número de Cédula: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo Electrónico personal: |  |
| Profesión: |  |
| Programa: |  |
| Nº de Módulos Aprobados: |  |
| Tema: |  |
| Comentarios: |  |
| **Declaración de consentimiento con el tema de investigación** |
| Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he leído detenidamente la descripción del proyecto, entiendo el potencial uso de la presente, y certifico mi pleno consentimiento.**Firma** |

***Envíe este formulario al correo electrónico*** ***gifid@espol.edu.ec***