

**Formulario de Registro y Evaluación para el Proyecto de Trabajo Especial de Grado**

**DATOS DEL AUTOR (ES)**

1	APELLIDOS Y NOMBRES	
	CÉDULA/PASAPORTE	TÉLEFONO
	CORREO ELECTRONICO	

2	APELLIDOS Y NOMBRES	
	CÉDULA/PASAPORTE	TÉLEFONO
	CORREO ELECTRONICO	

PROGRAMA	
SEDE	
FECHA DE INICIO	AÑO QUE CURSA (N)

TUTOR	
CÉDULA / PASAPORTE	TÉLEFONO
CORREO ELECTRONICO	

ASESOR (opcional)	
CÉDULA/PASAPORTE	TÉLEFONO
CORREO ELECTRONICO	

**SOLO PARA SER LLENADO POR EL EVALUADOR ASIGNADO POR LA CEPGM / REQUISITOS PREVIOS**

Aceptación del Comité Académico	SI	NO	Aprobación del Comité de Ética	SI	NO
Aceptación del Tutor	SI	NO	Aceptación del Asesor Estadístico (opcional)	SI	NO
<b>PORTADA (parte superior central)</b>			<b>EN EL CENTRO</b>		
Identificación de la Institución (UCV)	SI	NO	Título adecuado a las normas	SI	NO
Facultad de Medicina	SI	NO	<b>EN LA PARTE INFERIOR DERECHA</b>		
Coordinación de Estudios de Postgrado	SI	NO	Autor (es) nombres y apellidos completos (sin título de Dr. / Lic.)	SI	NO
Denominación del Programa	SI	NO	<b>EN LA PARTE INFERIOR IZQUIERDA</b>		
Instituto o Sede Hospitalaria	SI	NO	Tutor, nombres y apellidos completos a un espacio por debajo de los autores	SI	NO
			<b>EN LA PARTE INFERIOR CENTRAL DOS ESPACIOS POR DEBAJO DEL TUTOR</b>		
			Ciudad, fecha (en minúscula)	SI	NO
<b>SEGUNDA PAGINA (nombre y firma)</b>					
Tutor	SI	NO	Director del Curso	SI	NO
Asesor	SI	NO	Coordinador del Curso	SI	NO

