CURRICULUM VITAE

Investigador Principal

(Se deberá incluir en las carpetas a presentar en el CIEIS y CAI)

|  |
| --- |
| **I. DATOS PERSONALES** |
| Apellido y Nombre: |  |
| D.N.I.: |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |
|  Nacionalidad: |  |
|  Domicilio: |  |
|  Ciudad, Provincia y Código Postal: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Teléfonos (fijo y celular): |  |

|  |
| --- |
| **II. DATOS DEL ESTUDIANTE DE GRADO (que estén cursando la carrera)** |
| Facultad, Universidad / Centro de investigación donde **cursa** la carrera de grado: |  |
| Promedio de la carrera con aplazos (hasta la fecha): |  |
| Cantidad de materias rendidas (hasta la fecha): |  |
| % de materias aprobadas (hasta la fecha): |  |
| Facultad, Universidad / Centro de investigación donde **realiza** actividades de investigación: |  |

|  |
| --- |
| **III. DATOS PROFESIONALES** |
| N° Matrícula Profesional: |  |
| Especialidad a la que se dedica: |  |
| N° Matrícula de Especialista: |  |
| Facultad, Universidad / Centro de investigación donde realiza actividades de investigación: |  |
| Cargo y dedicación (horas) en el lugar donde realiza actividades de investigación: |  |
| Otros relacionados a la investigación: |  |

|  |
| --- |
| **IV. FORMACIÓN ACADÉMICA DE GRADO** |
| **IV. TÍTULO DE GRADO** |
| **Título obtenido** | **Universidad, Facultad o centro de estudio** | **País** | **Año de finalización de los estudios** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  **IV. BECAS DE GRADO RELACIONADAS A LA INVESTIGACIÓN BÁSICA/CLÍNICA** SI NO |
| **Institución otorgante de la beca de investigación** | **Universidad, Facultad o centro de estudio donde se desarrolló la investigación** | **Título del trabajo de investigación desarrollado** | **Años de inicio y finalización del estudio** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **V. FORMACIÓN ACADÉMICA DE POSTGRADO** |
|  **V. A. ESPECIALIDADES / ESPECIALIZACIONES** SI NO  |
| **Título obtenido** | **Tipo de postgrado** | **Universidad, Facultad o centro de estudio** | **País** | **Año de finalización de los estudios** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **V. B. POSTGRADO EN EL EXTRANJERO RELACIONADO A LA INVESTIGACIÓN BÁSICA/CLÍNICA** SI NO |
| **Tipo de postgrado** | **Universidad, Facultad o centro de estudio** |  | **País** | **Años de inicio y finalización de los estudios** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **V. C. DOCTORADOS / MAESTRIAS** SI NO |
| **Título obtenido** | **Tipo de postgrado** | **Universidad, Facultad o centro de estudio** | **País** | **Año de finalización de los estudios** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **V. D. BECAS DE POSTGRADO** SI NO |
| **Institución otorgante de la beca de investigación** | **Tipo de investigación (básica, clínica)** | **Universidad, Facultad o Centro de estudio y País donde se desarrolló la investigación** | **Título del trabajo de investigación desarrollado** | **Años de inicio y finalización del estudio** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VI. PARTICIPACIÓN EN SUBSIDIOS DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (mencionar los 5 más relevantes en los últimos 5 años)** |
| **Título del Trabajo de Investigación** | **Institución patrocinante (SECyT, MINCyT, CONICET, etc.)** | **Institución en donde se realizó la investigación** | **Año de inicio** | **Año de finalización** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
|  |
| **VII. CARRERA DE INVESTIGADOR CIENTIFICO** |
| **CONICET** |  |
| **Agencia Córdoba Ciencia** |  |
| **Otros (Especificar y describir)** |  |
| **Categoría de Docente Investigador** |  |

|  |
| --- |
| **VIII. PRESENTACIONES CIENTÍFICAS EN CONGRESOS / JORNADAS (en los últimos 5 años)** |
| **Título del Trabajo Presentado** | **Nombre del Congreso** | **Lugar** | **Fecha** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IX. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS ORIGINALES (en los últimos 5 años - Sólo las indexadas en el índex médicus [Medline])** |
| **Título de Publicación** | **Revista (Nombre, volumen, páginas)** | **Fecha de Publicación** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |

|  |
| --- |
| **X. PATENTES** |
| **Título de la Patente** | **Autores** | **Organismo donde se obtuvo la patente** | **Fecha de obtención** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Toda la información de este formulario tiene carácter de declaración jurada.*** |
| Firma del Investigador | Sello/Aclaración | Fecha de presentación del CV |

**Instrucciones para los investigadores:**

* El formulario debe ser completado en computadora.
* No se acepta escritura manual ni enmiendas.
* Usted podrá “insertar filas” cuando así lo necesite usando el Word.
* Realizar 3 (tres) copias de este formulario.
* Cada copia debe tener la firma y sello/aclaración original.