**FACULTAD DE ENFERMERÍA. FLEXIBILIZACIÓN DEL APRENDIZAJE DE LA INVESTIGACIÓN.**

**FORMATO DE SOLICITUD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** |  |
| **Nombre del estudiante:** |  |
| **N° documento de identidad:** |  |
| **Teléfono del estudiante:** |  |
| **Correo electrónico del estudiante:** |  |
| **Semestre académico:** |  |
| **Promedio de crédito acumulado en el semestre anterior que cursará la flexibilización:** |  |
| **Ha reprobado cursos del área de investigación:** |  |
| **Aprobó los prerrequisitos para el curso de investigación V: Diseño de proyecto de investigación** |  |
| **Ha tenido sanciones disciplinarias:** |  |
| **Cursos de investigación que solicita flexibilizar:** |  |
| **Nombre del coordinador académico de los cursos:** |  |
| **Nombre del docente tutor de la flexibilización:** |  |
| **Título del proyecto en ejecución registrado del docente que será el tutor de la flexibilización:** |  |
| **Firma del estudiante:** | **Firma del docente tutor:** |