**Pro.Ins.**

**PROGRAMA DE INCENTIVO INSTITUCIONAL PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**FORMULARIO de AVAL INSTITUCIONAL**

En (localidad)………………………………, Mendoza, a los …….. días del mes de ………………………….. de 201…, por medio del presente aval, autorizo la realización del Proyecto de Investigación: “………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………..……………..” y doy mi conformidad al equipo de investigación a participar del ***Programa de Incentivo Institucional para la Investigación en Salud*** – **Dirección de Investigación, Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud**, por el término de un año, a partir de la fecha de su aprobación.

EFECTOR/ES DE SALUD PARTICIPANTE/S: …….…………………………………………………………………………………..………………………………….…………………………………………………………………………………….

NOMBRE/S y DNI del DIRECTOR/A DEL EFECTOR DE SALUD PARTICIPANTE:

…………………………………………..……………………….DNI………………………………..

……………………………………………..…………………….DNI………………………………..

NOMBRE y DNI del DIRECTOR/A del PROYECTO de INVESTIGACIÓN: …………………………………………..……………………….DNI………………………………..

NOMBRES y DNI de los INTEGRANTES del EQUIPO de INVESTIGACIÓN:

1. ……………………….……………………………. DNI………..…………………………
2. ……………………….……………………………. DNI………..…………………………
3. ……………………….……………………………. DNI………..…………………………
4. ……………………….……………………………. DNI………..…………………………
5. ……………………….……………………………. DNI………..…………………………
6. ……………………….……………………………. DNI………..…………………………

***Sello oficial de la institución***

***..……………………………………………………………***

***Firma y sello autorizado del/la Directora/a***

***Aclaración…………………………………………………***

***DNI…………………………………………………………***