Lugar y fecha

**SOLICITUD FACTIBILIDAD TÉCNICA**

Para:

Dr. Roberto Beletanga

Gerente Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Presente.-

Por medio del presente, me permito solicitar cordialmente la revisión técnica de la propuesta de investigación : *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, que será llevada a cabo por el/los investigador / investigadores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; en cumplimiento con los requisitos establecidos en el reglamento de la Gestión de Docencia e Investigación del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Se anexa documentación: *(Listar documentación)*

a)………………….

b)…………………

c)…………………

Atentamente,

Firma: (Investigador/a principal)

Nombre.

CI.

Cargo.

Institución.

Correo electrónico.

Número de teléfono.

Firma: (Director/a de Tesis)

Nombre.

CI.

Cargo.

Institución.

Correo electrónico.

Número de teléfono.