



UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA LA MOLINA

CREDENCIAL INVESTIGADOR / TESISTA

Apellidos:

Nombres:

Número DNI:

Condición: Tesista [.....] Investigador [....]

Facultad [.....]

Escuela de Posgrado [....]

Tesista [Título de Tesis]:

.....

Investigador [Nombre del Proyecto]:

.....

Donde se realiza la Investigación:

Frecuencia y tiempo de permanencia en el campus:

Día	Lun [.....]	Mar [.....]	Mie [.....]	Jue [.....]	Vie [.....]	Sab [.....]
Hora	de.....a.....	de.....a.....	de.....a.....	de.....a.....	de.....a.....	de.....a.....

Vigencia mensual: del al de.....del 2020.

V°B° Patrocinador o Coordinador
del Proyecto

V°B° Decano

V°B° Vicerrectorado de Investigación

AUTORIZACIÓN: Dirección General de Administración

Nota: Las actividades presenciales se encuentran restringidas al mínimo indispensable.

Los firmantes declaran conocer la importancia de la investigación presencial a realizar y se comprometen a coadyuvar y supervisar que el investigador/tesista autorizado cumpla con usar los equipos de protección personal contra el COVID-19 y de advertir una situación de contagio informar inmediatamente al Centro Médico.