**ANEXO II**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Extensión Universitaria**

Proyectos de Extensión

Informe de Inicio

**Este documento debe presentarse digitalmente, firmado en original por el director de proyecto y presentar aval académico.**

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO** |

* 1. Denominación o título

|  |
| --- |
|  |

* 1. Área Temática y Especialidad (según la línea de trabajo específico):

|  |
| --- |
|  |

* 1. Cátedra/s de la FCS con la cual se vincula el proyecto de extensión

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**   VINCULACIONES INSTITUCIONALES O ACADÉMICAS |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUCIONES PARTICIPANTES** | **RESPONSABLES** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **EQUIPO EXTENSIONISTA** |

* 1. Dirección

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y nombre** | **DNI** | **Cátedra/Carrera/Sede** | **Correo electrónico** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |  |

* 1. Codirección

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y nombre** | **DNI** | **Cátedra/Carrera/Sede/**  **Institución** | **Correo electrónico** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |  |

* 1. Equipo de extensión (copie y pegue tantas filas como sea necesario)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y nombre** | **DNI** | **Máximo título alcanzado** | **Función** | **Cátedra/Carrera/Sede/**  **Institución** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **PLAN DE EXTENSIÓN** |

* 1. Fecha de inicio del proyecto:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Proyecto Interinstitucional: ¿Se realizó acuerdo específico para extensión conjunta?

|  |
| --- |
|  |

* 1. Metas y Actividades Programadas

(Inserte tantas columnas como sea necesario de acuerdo a la duración del proyecto)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad y Metas | Mes  1 | Mes  2 | Mes  3 | Mes  4 | Mes  5 | Mes  6 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Observaciones

|  |
| --- |
|  |

Se solicita adjuntar los convenios o acuerdos interinstitucionales y aquellos documentos que se consideren pertinentes.

………………………………………….

**Firma del Director**

**El presente formulario debe ser enviado por correo electrónico a la Coordinación de Extensión de la carrera que corresponda.**

**Asunto: Convocatoria (año) APELLIDO Y NOMBRE (del director)**

**Formato: PDF**

**Nombre del archivo: Proyecto (año)APELLIDO Y NOMBRE (del director)**