|  |
| --- |
| **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**Formulario correspondiente al Programa de apoyo a la Investigación Integrada en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. **Convocatoria para el Periodo 2025– 2027** **SECRETARÍA DE CIENCIA Y TÉCNICA Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA** |

**Cátedras Participantes de Proyecto:**

**Cátedra:**

**Cátedra:**

**Cátedra:**

**Cátedra:**

 **Director:**

 Apellido y Nombres:

 Cargo Docente:

 Dedicación:

 Condición:

 Lugar de trabajo:

 e-mail:

 Teléfono de contacto:

 **Director:**

 Apellido y Nombres:

 Cargo Docente:

 Dedicación:

 Condición:

 Lugar de trabajo:

 e-mail:

 Teléfono de contacto:

 **Codirector:** Apellido y Nombres:

 Cargo Docente:

 Dedicación:

 Condición:

 Lugar de trabajo:

 e-mail:

 Teléfono de contacto:

 **Codirector:** Apellido y Nombres:

 Cargo Docente:

 Dedicación:

 Condición:

 Lugar de trabajo:

 e-mail:

 Teléfono de contacto:

1. **PLAN DE INVESTIGACION:**
* **1) Título del proyecto marco**: Si contempla Líneas de investigación complementaria o convergente, indique cuales a continuación del Título.

* **2) Resumen:** (no más de 300 palabras)
* **3) Estado actual del conocimiento sobre el tema y antecedentes propios en la temática propuesta:** (Máximo 2 carillas).
* **4) Descripción del proyecto marco y de líneas de investigación complementarias o convergentes:** (Máximo 5 carillas)
* **5) Hipótesis y objetivos de la investigación:** (máximo 2 carillas).
* **6) Metodología:** Desarrolle brevemente cada una de las metodologías que tiene previsto realizar en el marco del proyecto, los materiales que dispone para tal efecto y los que planea adquirir. Si el proyecto involucra experiencias en pacientes se deberá adjuntar un protocolo de consentimiento informado y la aprobación del comité de Ética de la FOUBA. Si el proyecto involucra la utilización de animales de laboratorio se deberá presentar a la aprobación del CICUAL de la FOUBA. Se aceptará la presentación de aprobaciones en trámite (Máximo 5 carillas).
* **7) Originalidad de la investigación:** Justifique la originalidad del plan de investigación y efectué una breve descripción de los aportes originales que surgirán del desarrollo del proyecto (Máximo 1 carilla).
* **8) Disponibilidad de equipamiento existente para desarrollar el plan de investigación**: indique si tiene previsto la compra de equipamiento no existente en nuestra Facultad (Máximo 1 carilla).
* **9) Relevancia estimada del proyecto y transferencia a la actividad Odontológica:** (Máximo 1 carilla).
* **10) Resultados preliminares:** Manifieste si posee resultados preliminares desarrollados en la temática propuesta (Máximo 1 carilla).
* **11) Cronograma de actividades:** Detalle las actividades propuestas con su secuencia o encadenamiento lógico y metodología a usar en cada una de ellas. Consigne sucesivamente cada actividad unitaria, utilizando el siguiente formato.

|  |  |
| --- | --- |
| Actividad | **1er Año** |
|   | 1 | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Actividad | **2do Año** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Actividad | **3er Año** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ● **12) Bibliografía:** no más de quince (30) citas bibliográficas de las que se haya hecho mención en el proyecto marco y no más de (15) para cada línea complementaria o convergente.

1. **EQUIPO DE INVESTIGACION**

**1) Integrantes del proyecto** (incluidos Directores /Codirectores)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre** | **Apellido** | **Cátedra** | **Cargo** | **Dedicación (1)** | **Función (2)** |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

1. Dedicación: simple, semi exclusiva o exclusiva
2. Función dentro del proyecto: Director, Co-director, Investigador Formado (Doctor o Magíster Científico), Investigador Tesista (cursando doctorado o maestría científica), Investigador en Formación (graduado sin doctorado o máster científico) o Estudiante (de grado).
3. **Antecedentes de los integrantes del proyecto.** A fin de realizar el cálculo para la adjudicación de fondos anuales asignados al proyecto, es necesario completar las 2 tablas que siguen a continuación con los trabajos publicados por integrantes del proyecto en los últimos 5 años (para su consideración, es necesario que figure al menos un integrante con afiliación institucional FOUBA en cada trabajo). La primera tabla debe contener los trabajos publicados en revistas internacionales indizadas en la base Medline y la segunda, los trabajos publicados en la Revista de la FOUBA. En todos los casos los trabajos deben haber sido publicados entre el 1 de enero de 2019 y el 15 de julio 2024 (día de apertura de la convocatoria).

**Trabajos Publicados en el periodo 2019-actual**

1. ***Publicaciones en Revistas Internacionales que figuran en la base Medline***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | **Título** | **Revista** | **Año** | **DOI (link en su defecto)** | **Autores** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |

1. ***Publicaciones en la Revista de la FOUBA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | **Título** | **Revista** | **Año** | **DOI (link en su defecto)** | **Autores** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |

**Firma de todos los/as Profesores/as Titulares o a Cargo** de la Cátedras involucradas en el Proyecto de Investigación.

Profesor/a Titular de la Cátedra de:

Firma:

Aclaración: Fecha:

Profesor/a Titular de la Cátedra de:

Firma:

Aclaración: Fecha:

Profesor/a Titular de la Cátedra:

Firma:

Aclaración: Fecha:

Profesor/a Titular de la Cátedra:

Firma:

Aclaración: Fecha:

**He leído lo expresado en los Anexos I y II de la Resolución CD Nº 319/24**

Firma del Director/a:

Aclaración:

DNI:

Firma del Director/a:

Aclaración:

DNI:

Firma del Codirector/a:

Aclaración:

DNI:

Firma del Codirector/a:

Aclaración:

DNI:

 **INFORMES Y CONSULTAS SOBRE ESTA PRESENTACIÓN**

Por consultas sobre  la resolución de convocatoria deberá remitir e-mail a secretariacyt@odontologia.uba.ar

Por consultas telefónicas al: 5287-6269

**NOTA
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*La presentación del Proyecto será aceptada solo cuando se hayan cumplido con lo dispuesto en el Anexo I de la Resolución 319/24 y completado correctamente el presente Formulario.*