**Nota Aval lugar de trabajo para Programa de Formación Científica para Estudiantes de Grado**

Córdoba, xx de xxxxxx de 20

Miembros Integrantes Consejo Departamental Ciencias Farmacéuticas

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente del Departamento de Ciencias Farmacéuticas (DCF) de la FCQ-UNC, solicita el visto bueno para abrir una plaza en el Programa de Formación Científica para Estudiantes de Grado.

En mi carácter de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que las actividades previstas a las tareas de investigación de los alumnos de grado se realizarán en el espacio físico asignado al Profesor Regular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por otra parte, el/la Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara que se compromete a brindar espacio físico bajo su responsabilidad a un estudiante de grado que estará bajo mi supervisión, para el desarrollo de tareas de investigación durante todo el período duración de la plaza.

En la actualidad el espacio físico bajo la administración del/ de la Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se encuentra siendo utilizado además por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sin otro particular, saludan a Uds. muy atentamente,

Firma solicitante Firma Profesor responsable

Con el visto bueno del Consejo Departamental