**Datos del INVESTIGADOR:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | **Primer Apellido:** | |  | | | **Segundo Apellido** | |  | |
| **Número de Identificación**: | |  | | | **Nacionalidad**: | |  | | | | |
| **Números de teléfono:** | | **Móvil:** | |  | | **Habitación:** |  | | **Fax:** | |  |

**Apartado postal**:       **Correo electrónico:**

**Dirección permanente**:

**Dirección en Costa Rica**:

**Sexo**:  **Masculino**  **Femenino**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profesión:** |  | **Fecha de nacimiento**: |  |

**Datos de la persona contacto en caso de emergencia**:

**Nombre**:

**Teléfono**:       **Correo electrónico**:

**Datos de la INSTITUCIÓN que respalda:**

**Nombre de la institución**: Estación Tropical La Gamba S.A

**Cédula jurídica de la institución (si está inscrita en Costa Rica)**: 3-101-444443

**Sitio Web**:www.lagamba.at **Número de Teléfono**: 2741-8034

**Dirección Física**: La Gamba Golfito, 400 mts antes del Hotel Esquinas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la persona contacto:** | Miguel Villalobos Chacón | **Correo electrónico:** | estacion.tropical@univie.ac.at |

**Datos de la INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA O ACADÉMICA:**

Título de la investigación:

**Período de realización de la investigación o curso: Toma de datos Análisis de datos**

**Inicio** Elija una fechaElija una fecha

Fin Elija una fecha Elija una fecha

Sitios de estudio (detallar):

El estudio constituye una:  Tesis de grado  Tesis de postgrado  Otro

Requiere acompañantes (asistentes, investigadores o estudiantes):  Sí\*  No

\* Completar Anexo 1

¿Desea recolectar especímenes u otros materiales, ya sea de forma permanente o temporal (manipulación en campo y liberación)?

Sí\*  No

\* Especifique:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cantidad a colectar | Material a Colectar | Grupo taxonómico |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Si requiere más espacio utilice hojas adicionales)

Objetivo de la colecta:

Destino de los especímenes:

Fuente de financiamiento:

Medio para notificaciones:  Correo electrónico:

(marque solo una opción)  Fax:

Personal

Firma:       Fecha:

***Con la presente, el investigador declara que la investigación aquí descrita y para la cual se solicita permiso, no persigue fines comerciales. Así mismo se compromete a revisar periódicamente el medio destinado para notificaciones o a apersonarse a las oficinas del SINAC respectivas en el caso de elegir la notificación personal.***

Esta solicitud de permiso de investigación no debe ser considerada como una autorización. Adjunte a este documento los requisitos que correspondan a su trámite y que se describen en el siguiente documento: [Ruta para investigar la biodiversidad de flora y fauna en Costa Rica](http://www.sinac.go.cr/ES/tramitesconsultas/permisoinvestigacion/Informacion%20permisos/Ruta%20para%20investigar%20la%20biodiversidad%20de%20flora%20y%20fauna%20silvestre%20en%20Costa%20Rica.pdf). Posterior al análisis administrativo y el recibido conforme de la solicitud completa, la Administración dispone de 30 días naturales para resolver (Ley N° 7317, artículo 42).

NOTA: El investigador está en la obligación de entregar al SINAC un informe sobre los resultados de la investigación y/o colecta autorizada y dos copias de todos los informes y publicaciones que se generen con la presente investigación (Ley Nº 7317, artículos 38 y 41).

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Se han recibido todos los documentos completos y de acuerdo a lo establecido

Fecha de recepción:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma receptor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Administración cuenta con 5 días naturales para el análisis administrativo de la presente solicitud de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente a partir de la fecha señalada en este comprobante y comunicará al interesado el recibido conforme de los documentos o solicitará una ampliación, o modificación de los requisitos

Uso oficial

Fecha de recepción: Elija una fecha Firma del receptor:

Nombre del receptor:

Anexo 1. Acompañantes

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Sexo | | N° Identificación | Nacionalidad | Fecha de Nacimiento | Profesión /Especialidad | Ti´po |
|  | M | F |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |
|  |  |  |  |  | Elija fecha |  |  |

Si requiere más espacio, utilice hojas adicionales

Nombre de persona contacto en caso de emergencia:       Teléfono: