**FORMULARIO 3B: SOLICITUD DE LICENCIA DE INVESTIGACIÓN PARA INVESTIGADORES EXTRANJEROS SIN RESIDENCIA**

|  |
| --- |
| **TIPO DE INVESTIGACIÓN** |
|[ ]  Investigación con fines científicos |[ ]  Investigación con fines comerciales |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN** |
| Título de la investigación |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Duración de la investigación | La investigación implica colecta temporal o definitiva | La investigación implica acceso a recursos genéticos, o acceso a recursos genéticos y/o conocimientos tradicionales asociados al uso de la diversidad biológica. |
| Del Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | al Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  | Sí [ ]  | No [ ]  | Sí [ ]  | No [ ]  |
| \*Nombre completo del investigador principal |
| Nombres: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | \*Número de registro de investigador: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| \*Nombre completo del investigador asociado 1 |
| Nombres: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | \*Número de registro de investigador: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| \*Nombre completo del investigador asociado 2 |
| Nombres: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | \*Número de registro de investigador: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| \*Nombre completo del investigador asociado 3 |
| Nombres: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | \*Número de registro de investigador: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| \*Nombre completo del investigador asociado 3 |
| Nombres: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Nombres: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | \*Número de registro de investigador: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Si necesita agregar más investigadores haga clic en **+** |  |
|  |
| **Escala del proyecto** | Su investigación se realizará en:  |
| Nacional [ ]  | [ ] Áreas Protegidas Nacionales [ ] Áreas Protegidas Privadas [ ] Fuera de Áreas Protegidas  |
| Regional [ ]  (Indicar departamentos)  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Local [ ]  (indicar departamento, municipio, aldea)  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN NACIONAL CONTRAPARTE**  |
| Nombre de la Institución Nacional Contraparte que respalda la investigación | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Siglas** |
| Nombre completo del contacto principal  | Nombres: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  |
| Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Dirección de la institución  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico 1 | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico 2 | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Número de Teléfono en el extranjero | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | País | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Número de teléfono de contacto en Guatemala | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Enlace web (URL) | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXARSE** | **Cumple** |
| Protocolo de investigación según tipo de investigación, y según formato proporcionado por CONAP (Anexo 4A) |[ ]
| Declaración de compromiso del investigador principal  |[ ]
| Carta de referencia de la institución extranjera que representa |[ ]
| Carta de respaldo de la Institución Nacional Contraparte afín al tema de la investigación (cuando aplique) |[ ]
| Carta de aval de una Institución Académica Nacional afín al tema de la investigación (cuando aplique) |[ ]
| Carta de aval del administrador o co-administrador (es) del (de las) área (s) protegida (s) (cuando aplique) |[ ]
| Carta de aval de la Dirección o Unidad correspondiente del Ministerio de Cultura y Deportes (cuando aplique) |[ ]
| Acta comunitaria o alguna otra comunicación por escrito y firmada, que indique la autorización de los pueblos y/o comunidades con quienes se desarrollará la investigación etnobotánica–cuando aplique- |[ ]
| Recibo de pago  |[ ]

|  |
| --- |
| **INDIQUE DÓNDE DESEA RECIBIR SU LICENCIA DE INVESTIGACIÓN Y/O COLECTA (seleccionar solo una opción)** |
| [ ] CONAP Sede Central (Zona 1, Ciudad de Guatemala)[ ] Dirección Regional Metropolitana (Zona 7, Ciudad de Guatemala)[ ] Dirección Regional Verapaces (Cobán, Alta Verapaz)[ ] Dirección Regional Nororiente (Puerto Barrios, Izabal)[ ] Dirección Regional Sur-oriente (Jutiapa)[ ] Dirección Regional Altiplano Central (Sololá)[ ] Dirección Regional Altiplano Occidental (Quetzaltenango)[ ] Dirección Regional Costa Sur (Retalhuleu, Retalhuleu)[ ] Dirección Regional Noroccidente (Chiantla. Huehuetenango)[ ] Dirección Regional Petén (Santa Elena, Petén)[ ] Dirección Regional Oriente (Zacapa) |

***\*Todos los investigadores, principal o asociados deben obtener un registro de investigador en CONAP, según formulario 1A o 1B.***

Nombre y firma del Solicitante Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Lugar y fecha Haga clic o pulse aquí para escribir texto.