



No. Control:
Sombrerete, Zacatecas.

REGISTRO ÚNICO DE INVESTIGADOR

DATOS PERSONALES.

Apellidos: _____ Nombre: _____
Nacionalidad: _____ Actividad Profesional: _____
Edad: _____ Email: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____
C.P.: _____ Clave INE: _____ CRI: _____

ACTIVIDAD PROFESIONAL O ACADÉMICA.

Profesión: _____
Cédula Profesional: _____
Institución de adscripción profesional: _____

NATURALEZA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Diplomado: _____ Licenciatura: _____ Maestría: _____ Doctorado: _____
Otro: _____ Especifique: _____
¿Cuál es el objetivo preciso de la investigación? (información necesaria): _____

Fondos a consultar: _____

Otros archivos o bibliotecas consultadas para la investigación: _____

Por medio del presente, el investigador que firma al calce de este documento se compromete a citar en su trabajo los grupos documentales del Archivo Histórico Municipal de Sombrerete utilizados en la investigación, así mismo enviará una copia de la misma a esta Institución, a fin de enriquecer y difundir la memoria documental de Sombrerete.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO