**PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN EL**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE**

**CONTRATOS DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

**ASOCIADOS A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

|  |
| --- |
| **Documento nº 1. Solicitud de admisión** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del investigador beneficiario** *(debe ser el investigador principal o un miembro del equipo investigador)* | |
| **DNI:** |  |
| **Nombre:** |  |
| **Primer apellido:** |  |
| **Segundo apellido:** |  |
| **Servicio / Unidad:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **Teléfono / Interfono** |  |
| **Teléfono móvil** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos del proyecto de investigación en salud (PI18 o DTS18) al que se adscribe la ayuda** | | |
| **Num. Expediente:** |  | |
| **Investigador principal**  *(si es distinto del beneficiario)* | |  |

*Los abajo firmantes declaran que reúnen los requisitos exigidos, que aportan los documentos requeridos dentro del plazo, y que aceptan las normas y plazos de la mencionada convocatoria de contratos para la intensificación de la actividad investigadora del Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre.*

Documentación aportada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Solicitud de admisión, en formato normalizado |  |  |

En Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Conformidad Fundación*  *No cumplimentar* |  | **Fdo. El investigador beneficiario**  *(en caso de ser distinto del IP)* |  | **Fdo. El investigador principal solicitante** |