**CONTRATO PARA LA INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA PARA PERSONAL FACULTATIVO DEL SERVICIO DE FARMACIA**

**(Ref. i12-AY200519-1)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del Candidato** | |
| **DNI:** |  |
| **Nombre:** |  |
| **Primer apellido:** |  |
| **Segundo apellido:** |  |
| **Categoría:** |  |
| **Servicio/Unidad:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **Teléfono / Interfono** |  |
| **Teléfono móvil** |  |

El solicitante declara que reúne los requisitos exigidos, que aporta los documentos requeridos dentro del plazo, y que acepta las normas y plazos en el “*Programa de intensificación de la actividad investigadora en el hospital universitario 12 de octubre. Contrato para la intensificación de la actividad investigadora para personal facultativo del Servicio de Farmacia (Ref. i12-AY200519-1)”* del Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12).

Documentación aportada:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Solicitud de admisión |  | |  |
|  |  | |  |
| 1. Currículo del candidato, incluyendo méritos valorables |  | |  |
|  |  | |  |
| 1. Memoria del proyecto a desarrollar por el beneficiario de la intensificación, en formato normalizado | |  |  |

En Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | El solicitante |