**Programa de ayudas “TRANSFORMA12” 2023. Fase I: Desarrollo de programas específicos de innovación asistencial.**

**Referencia: i+12-AY230503-1**

**Documento nº 1. Solicitud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Jefe de Sevicio o Unidad solicitante** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **1º Apellido:** |  | | |
| **2º Apellido:** |  | | |
| **Servicio o Unidad:** |  | | |
| **Correo electrónico:** |  | | |
| **Tfno./Interfono:** |  | **Móvil** |  |

|  |
| --- |
| **Título del programa de innovación asistencial** |
|  |

Los abajo firmantes declaran que reúnen los requisitos exigidos, que aportan los documentos requeridos dentro del plazo, y que aceptan las normas y plazos establecidos en este Programa del Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12).

Documentación aportada:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Solicitud de admisión, en formato normalizado |  | |  |
|  | |  |  |
| 1. Memoria del proyecto de innovación asistencial | |  |  |

En Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

Fdo.: El Jefe de Servicio o Unidad solicitante