**Programa de intensificación de la actividad investigadora en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Contratos de intensificación para personal sanitario con actividad asistencial pertenecientes a grupos de investigación.**

**Referencia: i+12-AY231107-1**

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Solicita intensificación con fondos propios del grupo** |  |  | *Señale una o las dos opciones, según proceda* |
| **Solicita intensificación con fondos del i+12** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fondos propios. Datos del trabajo de investigación (proyecto, ensayo clínico, convenio,…), activo y con financiación, al que se adscribe la ayuda.** *Cumplimentar si procede* | | | | | | | | | | | | | |
| **Los fondos proceden de un ENSAYO CLÍNICO incluido en un PROYECTO TRASLACIONAL DE ENSAYOS CLÍNICOS:** | | | | | | | | | | | | | |
| **(*Señale lo que proceda*)** | | | | | | | SÍ | |  | | NO |  |  |
| Si ha contestado SÍ en el apartado anterior, a continuación deberá incluir los datos del Ensayo Clínico del cual el solicitante es investigador principal, si ha contestado NO los datos del Ensayo Clínico o Proyecto de Investigación del que proceden los fondos | | | | | | | | | | | | | |
| **Título:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **El solicitante es** (*señale lo que proceda*): | | Investigador Principal | |  |  | Equipo de investigación | |  | |  | | | |
| **Investigador principal (1)** *(si es distinto del solicitante)*: | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fondos del i+12. Datos del proyecto de investigación (financiado por una agencia pública) al que se adscribe la ayuda.** *Cumplimentar si procede* | | |
| **Título:** |  | |
| **Expediente:** | |  |
| **Agencia financiadora:** | |  |
| **Investigador principal (2)** *(si es distinto del solicitante)*: | |  |

En caso de que el candidato presentado en esta solicitud resulte seleccionado, el investigador principal se compromete a aportar a la Fundación para la Investigación Biomédica de Hospital Universitario 12 de Octubre (FIBH12O), NIF: G83727016, la cuantía de la financiación correspondiente del contrato para la intensificación de la actividad investigadora.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dotación económica solicitada para la intensificación (incluye cuota patronal Seguridad Social):** |  |
| *Estas cantidades podrán ser modificadas por el i+12 en función de las disponibilidades presupuestarias y/o para ajustarlas a las condiciones de contratación* | |

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.

Documentación aportada:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Solicitud de admisión |  | |  |  |
| 1. Documento de disponibilidad de fondos, con la conformidad de la FIBH12O | |  |  |  |

En Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ***Investigador Principal (1)***  *(en caso de ser distinto del solicitante)* |  | ***Investigador Principal (1)***  *(en caso de ser distinto del solicitante)* |  | **Fdo. El investigador solicitante** |