**Programa de ayudas “TRANSFORMA12” 2024. Incorporación de facultativo/as especialistas con experiencia en investigación para el desarrollo de programas específicos de innovación asistencial.**

**Referencia: i+12-AY240603-1**

**Documento nº 1. Solicitud**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Jefe/a de Servicio o Unidad solicitante** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **1º Apellido:** |  | | |
| **2º Apellido:** |  | | |
| **Servicio o Unidad:** |  | | |
| **Correo electrónico:** |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Móvil:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del candidato/a** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1º Apellido:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2º Apellido:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Especialidad:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Correo electrónico:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono:** |  | **Móvil** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Ha completado el programa Río Hortega del ISCIII?:** | | | | Sí | |  | | No | |  | |  | | | | | |
| *En caso afirmativo, indique el nº de expediente:* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Ha realizado una estancia continuada en el extranjero ≥ 2 años?:** | | | | | | | | | | Sí | | | |  | No |  |  |
| **¿Ha completado el programa Juan Rodés del ISCIII?:** | | | | | Sí | |  | | No | |  | |  | | | | |
| *En caso afirmativo, indique el nº de expediente:* | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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, en formato normalizado |  | | | | | | | |  |
| 1. Memoria del proyecto de innovación asistencial | | | |  | | | | |  |
| 1. Currículum Vitae Abreviado (CVA-ISCIII) de la FECYT de la persona candidata | | | | | | | |  |  |
| 1. Copia del título oficial de especialidad | |  | | | | | | |  |
| 1. Documentación justificativa del doctorado | | |  | | | | | |  |
| 1. Relación de las 10 publicaciones de personal candidata | | | | |  | | | |  |
| 1. Copia completa de las 10 publicaciones de la persona candidata | | | | | |  | | |  |
| 1. Acreditación de la estancia postdoctoral en el extranjero, **si procede** | | | | | | |  | |  |

En Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fdo.: El Jefe de Servicio o Unidad |  | Fdo.: El solicitante |