**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-AY241105-1**

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modalidad 1. Intensificación con fondos propios del grupo** |  |  | *Señale una o las dos opciones, según proceda* |
| **Modalidad 2. Intensificación con fondos del i+12** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modalidad 1. 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)*: | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Dotación económica solicitada para la intensificación (incluye cuota patronal Seguridad Social):** | | | | | | |  | | | | | | | |
| *Deberá ser una de las cantidades que figuran en la tabla 1 de las bases. Estas cantidades podrán ser modificadas por el i+12 en función de las disponibilidades presupuestarias y/o para ajustarlas a las condiciones de contratación* | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modalidad 2. 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 en la **Modalidad 1**, 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.

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 |  |  |  |

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** |