|  |  |
| --- | --- |
| ANEXO IV. SoLicitud de PARTICIPACIÓn EN las ayudas a la investigación de investigación DEL Hospital universitari son espases AÑO 2022 *(Estancias a realizar en el año 2023)* | |
| **DATOS DEL CANDIDATO** | |
| Fecha solicitud: Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| Periodo de estancia: | |
| Centro receptor: | |
| Nombre y Apellidos: | |
| DNI: | |
| Categoría profesional:  FEA  ENFERMERO/A  RESIDENTE  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Servicio: | |
| Grupo de investigación adscrito: | |
| Teléfono o ext.: | Correo electrónico:  ***@ssib.es*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALIdad A LA QUE se PRESENTA (marcar la opción)** | |
| MODALIDAD A:  ESTANCIAS CORTAS (máx. 3 meses) EN CENTROS DE INVESTIGACIÓN NACIONALES  ESTANCIAS CORTAS (máx. 3 meses) EN CENTROS DE INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES  MODALIDAD B:  ESTANCIAS CORTAS (máx. 3 meses) EN CENTROS DE INVESTIGACIÓN NACIONALES  ESTANCIAS CORTAS (máx. 3 meses) EN CENTROS DE INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES |  |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE APORTA** |
| solicitud anexo IV  carta de aceptación del grupo receptor firmada por su investigador responsable  solicitud del jefe de servicio a Dirección/Gerencia HUSE/IdISBa  autorización de Dirección/Gerencia HUSE/IdISBa  DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE MÉRITOS  Currículum Vitae del candidato  Propuesta del proyecto que se desarrollará  Historial del grupo de investigación del candidato  Bases curriculares de la colaboración (proyectos desarrollados y artículos publicados en común entre el grupo de investigación en el cual está asociado el candidato y el grupo receptor)  DECLARO:  Que no he obtenido ninguna ayuda equivalente por los mismos conceptos, para la financiación de la estancia objeto de la presente solicitud.  Firma: |