|  |
| --- |
| ANEXO I. SoLicitud de PARTICIPACIÓN EN LAS AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN DEL Hospital universitari son espases aÑO 2024 |
| **DATOS DEL CANDIDATO** |
| Fecha solicitud: Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Nombre y apellidos: |
| DNI: |
| Categoría profesional: [ ]  FEA [ ]  ENFERMERO/A [ ]  RESIDENTE [ ] Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Servicio: |
| Teléfono o ext.: | Correo electrónico: ***@ssib.es*** |
| **MODALIdad A LA QUE se PRESENTA** **(marcar la/s opciones)** |
| MEJOR PUBLICACIÓN CIENTÍFICA | [ ]  MODALIDAD A [ ]  MODALIDAD B1 (RESIDENTES)[ ]  MODALIDAD B2 (INVESTIGADORES PREDOCTORALES)[ ]  MODALIDAD B3 (OTRA DISCIPLINA SANITARIA) |
| PROYECTO PILOTO *(solo 1 modalidad)* | [ ]  BÁSICO[ ]  CLÍNICO (MEDICOS Y QUIRÚRGICOS)[ ]  OTRAS DISCIPLINAS SANITARIAS (enfermería, fisioterapeutas, técnicos de laboratorio y otros) |
|  |
| **DOCUMENTACIÓN QUE APORTA** |
| Haga clic aquí para escribir texto. |