|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. | | |