**ANEXO I**

**SOLICITUD DE AYUDAS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD**

**PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

**A.- DATOS DEL CENTRO DE GASTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre centro: |  | |
| Gerente: |  | |
| Correo electrónico: |  | Teléfono: |

**B.- DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Título del proyecto:**

|  |
| --- |
|  |

**Investigador/a principal:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D. /D.ª: | | | N.I.F./N.I.E: |
| Teléfono: | Fax: | Correo electrónico: | |

|  |
| --- |
| € |

**Importe solicitado:**

**C.- GRUPO DE INVESTIGACIÓN (máximo 9):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **DNI** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**D.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:**

* Memoria del proyecto de investigación, según modelo de **Anexo II.**
* Curriculum vitae de todos los miembros del equipo en formato normalizado según modelo del **Anexo III o CVN** **de la FECYT**, Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (<http://www.cvn.fecyt.es>).

***Los abajo firmantes se responsabilizan de la veracidad de la información contenida en la documentación adjunta, y se compromete a aportar, en su caso, las pruebas o justificantes documentales que le sean requeridas.***

**E.- LUGAR, FECHA Y FIRMA**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017

INVESTIGADOR PRINCIPAL

|  |
| --- |
| Fdo.:  (Nombre y apellidos del Investigador principal) |
|  |

EL GERENTE

|  |
| --- |
| Fdo.:  (Nombre y apellidos del Gerente del Centro de gasto) |
|  |