

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN EMERGENTES
DEL HOSPITAL DE MANISES

ANEXO II. MEMORIA DEL PROYECTO Y/O ESTUDIO CLÍNICO

Título del proyecto:

“ ”

Datos del Investigador principal:

Nombre y apellidos:

Servicio/ Grupo de investigación:

Número de Investigadores implicados:

Hospital de Manises

Otros Centros

Valencia a de de 20

Firma Investigador Principal

Fdo:.....

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN EMERGENTES

DEL HOSPITAL DE MANISES

EQUIPO INVESTIGADOR QUE LLEVARÁ A CABO EL PROYECTO

• **Investigador Principal**

Nombre:	Apellidos:		N.I.F.:
Fecha Nacimiento:	Dirección:		Localidad:
Provincia:	C.P.:	E-Mail:	Teléfono de contacto:
Titulación:		Especialidad:	
VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> Contratado (Hospital U. i P. La Fe) <input type="checkbox"/> Contratado (IIS La Fe) <input type="checkbox"/> Ajeno al Hospital (<i>indicar centro y vinculación</i>):		<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Becario (IIS La Fe)	Servicio/ Unidad:
Dedicación al proyecto : EJC (1 EJC equivale a 40 horas semanales):			

• **Miembros del equipo:**

Nombre:	Apellidos:		N.I.F.:
Fecha Nacimiento:	Dirección:		Localidad:
Provincia:	C.P.:	E-Mail:	Teléfono de contacto:
Titulación:		Especialidad:	
VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> Contratado (Hospital U. i P. La Fe) <input type="checkbox"/> Contratado (IIS La Fe) <input type="checkbox"/> Ajeno al Hospital (<i>indicar centro y vinculación</i>):		<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Becario (IIS La Fe)	Servicio/ Unidad:
Dedicación al proyecto : EJC (1 EJC equivale a 40 horas semanales):			

Nombre:	Apellidos:		N.I.F.:
Fecha Nacimiento:	Dirección:		Localidad:
Provincia:	C.P.:	E-Mail:	Teléfono de contacto:
Titulación:		Especialidad:	
VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> Contratado (Hospital U. i P. La Fe) <input type="checkbox"/> Contratado (IIS La Fe) <input type="checkbox"/> Ajeno al Hospital (<i>indicar centro y vinculación</i>):		<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Becario (IIS La Fe)	Servicio/ Unidad:
Dedicación al proyecto : EJC (1 EJC equivale a 40 horas semanales):			

Nombre:	Apellidos:		N.I.F.:
---------	------------	--	---------

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN EMERGENTES

DEL HOSPITAL DE MANISES

Fecha Nacimiento:	Dirección:	Localidad:	
Provincia:	C.P.:	E-Mail:	Teléfono de contacto:
Titulación:		Especialidad:	
VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> Contratado (Hospital U. i P. La Fe) <input type="checkbox"/> Contratado (IIS La Fe) <input type="checkbox"/> Ajeno al Hospital (<i>indicar centro y vinculación</i>):		<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Becario (IIS La Fe)	Servicio/ Unidad:
Dedicación al proyecto : EJC (1 EJC equivale a 40 horas semanales):			

Nombre:	Apellidos:	N.I.F.:	
Fecha Nacimiento:	Dirección:	Localidad:	
Provincia:	C.P.:	E-Mail:	Teléfono de contacto:
Titulación:		Especialidad:	
VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> Contratado (Hospital U. i P. La Fe) <input type="checkbox"/> Contratado (IIS La Fe) <input type="checkbox"/> Ajeno al Hospital (<i>indicar centro y vinculación</i>):		<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Becario (IIS La Fe)	Servicio/ Unidad:
Dedicación al proyecto : EJC (1 EJC equivale a 40 horas semanales):			

Nombre:	Apellidos:	N.I.F.:	
Fecha Nacimiento:	Dirección:	Localidad:	
Provincia:	C.P.:	E-Mail:	Teléfono de contacto:
Titulación:		Especialidad:	
VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> Contratado (Hospital U. i P. La Fe) <input type="checkbox"/> Contratado (IIS La Fe) <input type="checkbox"/> Ajeno al Hospital (<i>indicar centro y vinculación</i>):		<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Becario (IIS La Fe)	Servicio/ Unidad:
Dedicación al proyecto : EJC (1 EJC equivale a 40 horas semanales):			

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

Nombre del Investigador Principal:

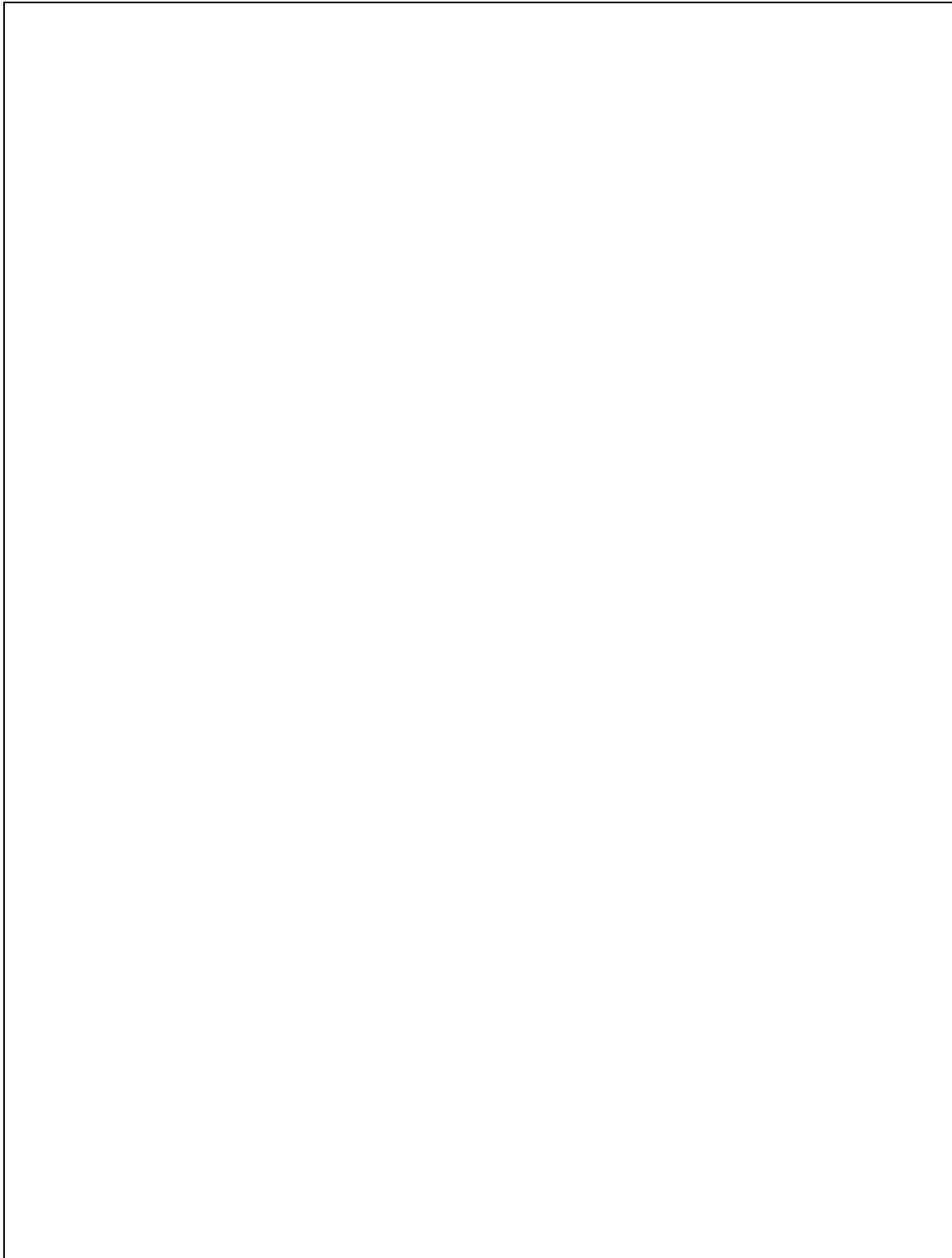
Título del Proyecto de Investigación:

RESUMEN DEL PROYECTO (máximo 1 página):

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

Nombre del Investigador Principal:
Título del Proyecto de Investigación:
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA (Incluyendo bibliografía, máximo 2 páginas):

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES



CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

Nombre del Investigador Principal:
Título del Proyecto de Investigación:
HIPÓTESIS DE TRABAJO
OBJETIVOS CONCRETOS DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

Nombre del Investigador Principal:

Título del Proyecto de Investigación:

JUSTIFICACION DEL INTERES DE LA INVESTIGACION PROPUESTA (máximo 1 página):

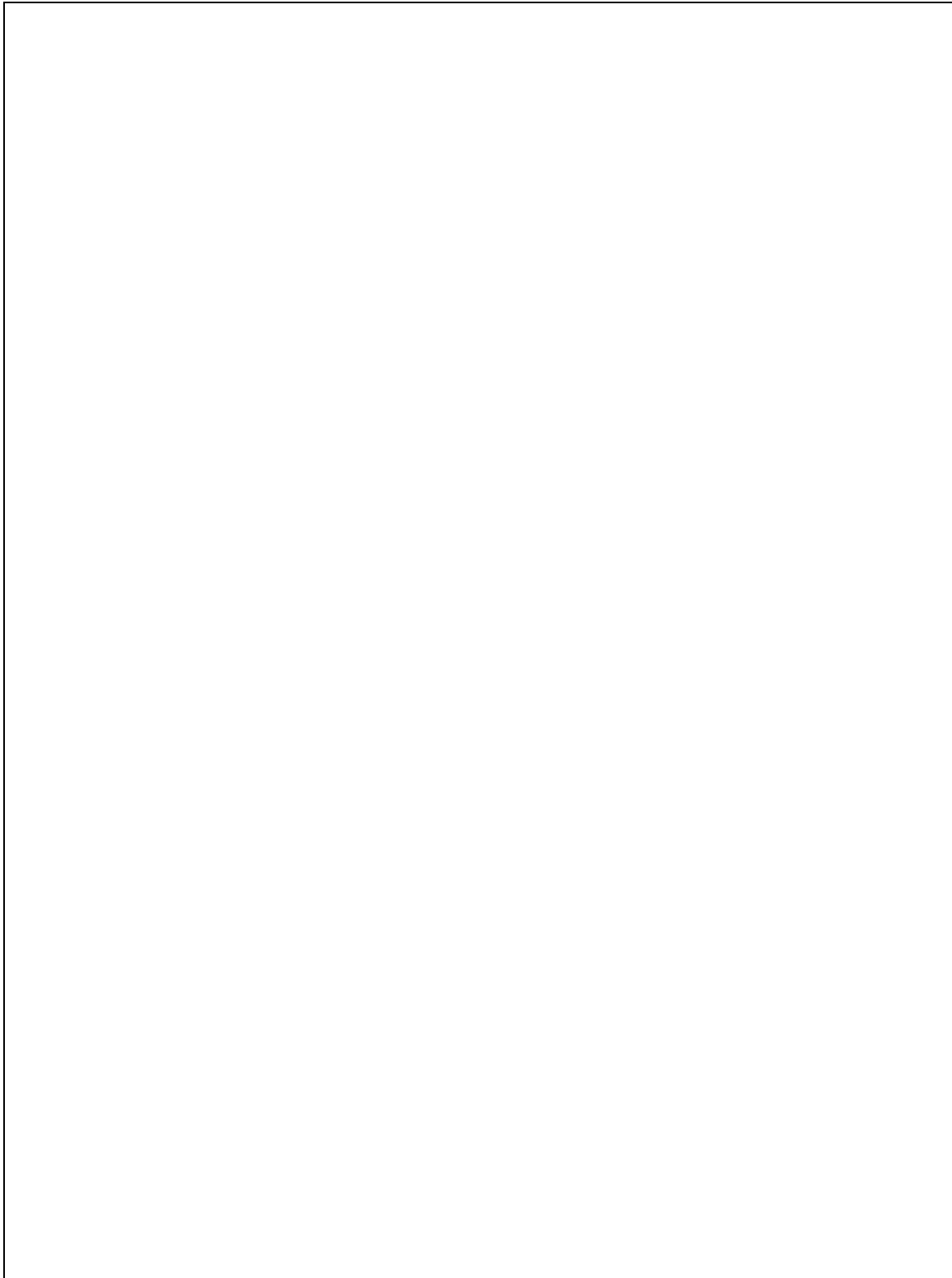
CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

Nombre del Investigador Principal:

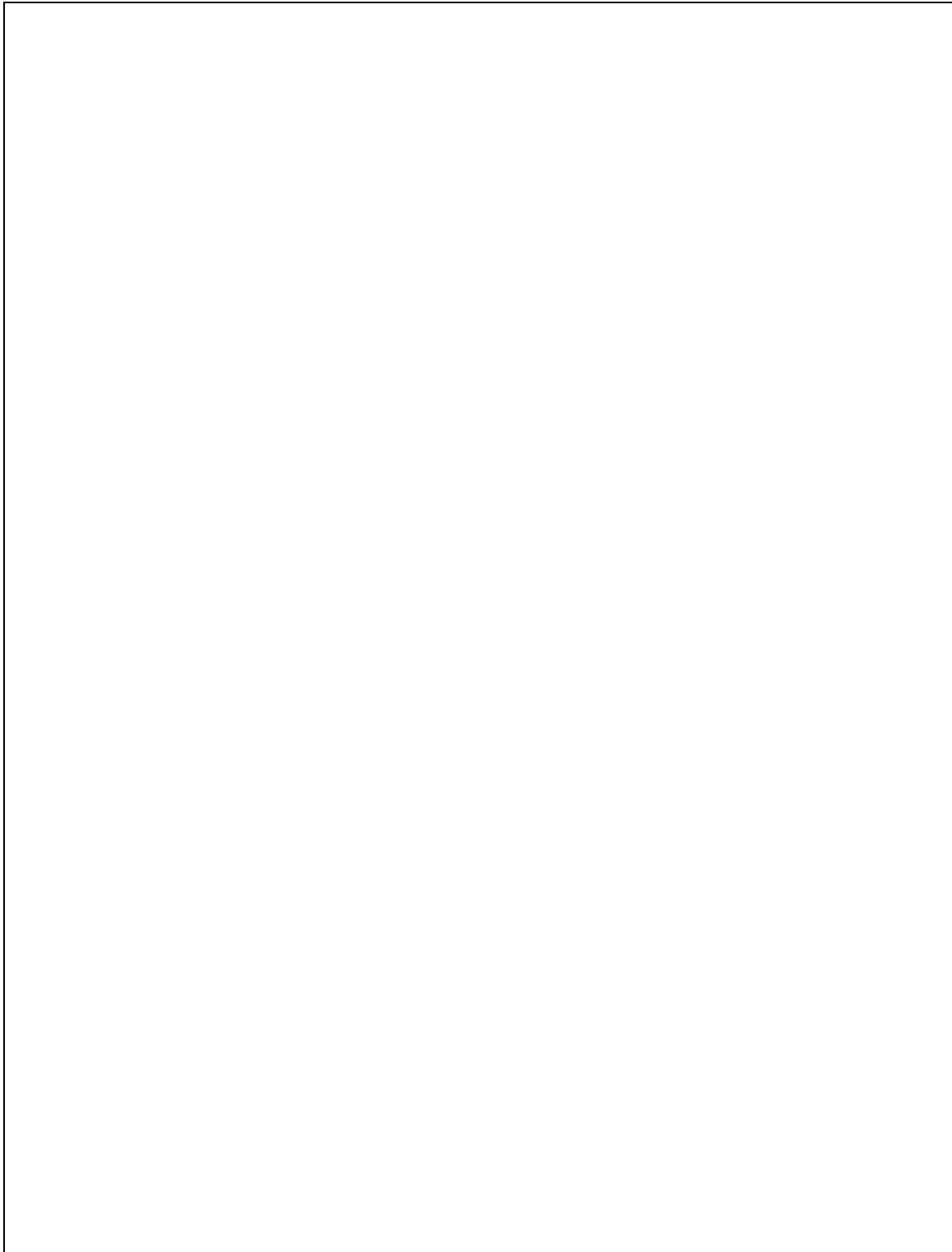
Título del Proyecto de Investigación:

PLAN DE TRABAJO, especifíquese: a) *diseño del estudio*; b) *metodología*; c) *calendario de trabajo (con fecha de inicio y de fin de proyecto)*. (Máximo 3 páginas).

CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES



CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES



CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

Nombre del Investigador Principal:

Título del Proyecto de Investigación:

MEMORIA ECONÓMICA

Coste que la realización del proyecto puede suponer (*detallar*):