

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):			

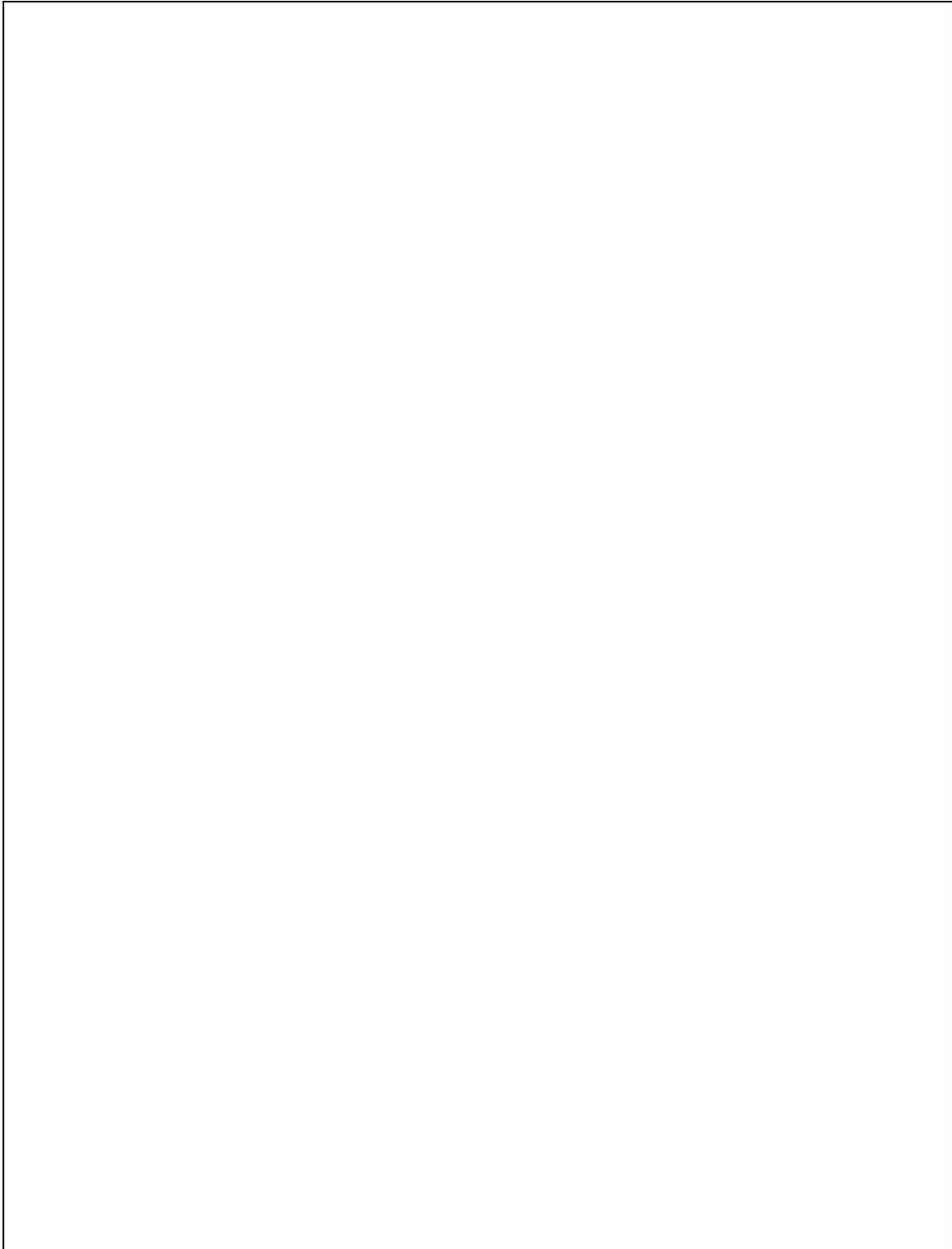
CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN  
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

Nombre del Investigador Principal:
Título del Proyecto de Investigación:
<b>RESUMEN DEL PROYECTO</b> (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:
<b>ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b> (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:
<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO</b>
<b>OBJETIVOS CONCRETOS DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA</b>

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):

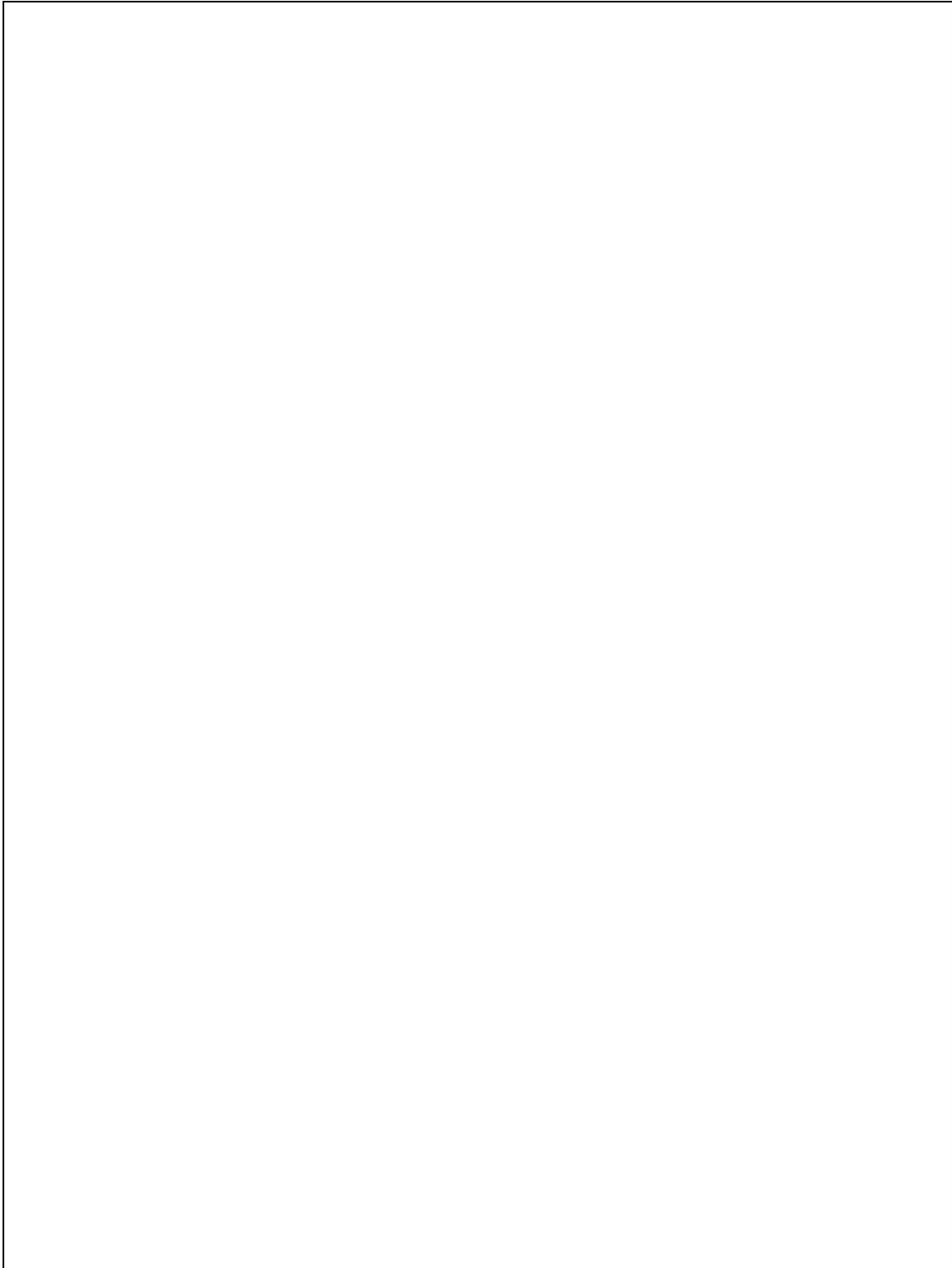
CONVOCATORIA DE AYUDAS DE APOYO A LA INVESTIGACION PARA GRUPOS DE INVESTIGACIÓN  
EMERGENTES DEL HOSPITAL DE MANISES

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*):