**Anexo 1 – SOLICITUD AYUDAS PARA LA MOVILIDAD Y PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL DEL ibs.GRANADA 2024**

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: |  |
| DNI/Pasaporte:  |  |
| Teléfono:  |  |
| Correo electrónico:  |  |
| Grupo ibs.GRANADA |  |
| Centro de vinculación:  |  |
| UGC / Departamento: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Duración de la estancia (indicar número de días): |  |

**INSTITUCIÓN Y LUGAR DE REALIZACIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo Receptor: |  |
| Director o IP grupo receptor: |  |
| Institución: |  |
| Dirección:  |  |
| País: |  |

|  |
| --- |
| DESCRIPCION DEL PROYECTO A RELIZAR DURANTE LA ESTANCIA(Máximo 500 palabras. Fuente: Arial Narrow. Tamaño: 10)  |

**MOTIVO DE LA ESTANCIA**

Seleccionar opción/es:

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Profesional de Atención primaria y/o Enfermería. |  |
| 2º Realización de una tesis internacional. |  |
| 3º Estancias internacionales de investigadores posdoctorales |  |
| 4º Estancias nacionales (los resultados de la estancia será la solicitud en colaboración de proyectos estratégicos de ámbito nacional e internacional, con los grupos del centro que se solicita) |  |
| **Descripción del motivo de la estancia** (máximo 500 palabras): |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL GRUPO RECEPTOR**(Máximo 500 palabras. Fuente: Arial Narrow. Tamaño: 10)  |

**DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR JUNTO CON LA SOLICITUD:**

1. Autorización del Investigador Responsable del grupo y cuando proceda, en el caso de profesionales con actividad asistencial, autorización del Director de Unidad de Gestión Clínica (UGC) a la que pertenece el solicitante.
2. Documento que exprese el compromiso del grupo receptor de acoger al solicitante para llevar a cabo el proyecto.

**Autorización del Investigador Responsable de Grupo (y cuando proceda, en el caso de profesionales con actividad asistencial, del Director de Unidad de Gestión Clínica , a la que pertenece el solicitante.**

D./Dña.…………………., con DNI ………como Investigador Responsable Grupo / Director de Unidad de Gestión Clínica

**AUTORIZO**

Que …………………….con DNI …… realice una estancia de investigación de …… días, comprendida entre ………. y ……….. en en centro de investigación ………………….para la realización de ………………………………

En Granada, a ………de……….2024

Fdo. ………………….