**Proyecto Institucional de Apoyo a la Investigación e Innovación 2025**

**INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA PARA PROFESIONALES SANITARIOS FIIB HUIS HHEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN** | **REF.** | *(A rellenar por la Fundación)* |
| **FECHA** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | |
| **Nombre y Apellidos** |  | |
| **NIF** |  | |
| **Hospital** *(Marque lo que proceda)* |  | Hospital Universitario Infanta Sofía |
|  | Hospital Universitario del Henares |
|  | Hospital Universitario del Tajo |
| **Servicio** |  | |
| **Categoría laboral** |  | |
| **Mail de contacto** |  | |
| **Teléfono** |  | |

|  |
| --- |
| Firma del solicitante: |