

Documento nº 1
SOLICITUD
SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DEL/LA DR./DRA. XXXXXXXXXXXX DEL
SERVICIO DE XXXXXXXX

Solicitud	Expediente nº															
NIF/Pasaporte/Tarjeta Residencia	APELLIDOS y NOMBRE															
<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																
Población	PROVINCIA			<table border="1" style="width: 20px; height: 15px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			Código postal									
Teléfono	Correo electrónico															
Nacionalidad:	<table border="1" style="width: 20px; height: 15px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 15px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 15px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			Sexo: Mujer	Hombre					
Titulación:																
Año de nacimiento (aaaa):																

Servicio:
Grupo de Investigación:
Director del Grupo de Investigación:
Duración intensificación: 12 meses al 100% <input checked="" type="checkbox"/> XX meses al 50%
Año de obtención del doctorado:

Documento nº 1
SOLICITUD
SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DEL/LA DR./DRA. XXXXXXXXXXXX DEL
SERVICIO DE XXXXXXXX

Proyectos de Investigación **activos**:

Título:

Financiación:

Código:

Duración:

Investigador principal y Centro promotor:

Centros participantes:

En MADRID

, a

de

de 20XX

Firma (original) del solicitante de la Intensificación
Jefe del Servicio del HUG