

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

<b>Solicitud</b>	Expediente nº			
NIF/Pasaporte/Tarjeta Residencia	APELLIDOS y NOMBRE			
Población		PROVINCIA		Código postal
Teléfono		Correo electrónico		
Nacionalidad:				Sexo:    Mujer    Hombre
Titulación:				
Año de nacimiento (aaaa):				

Servicio:
Grupo de Investigación:
Director del Grupo de Investigación:
Duración intensificación:    meses al 50% X    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