

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

Solicitud	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: 6 meses al 100 % <input checked="" type="checkbox"/> meses al 50% <input type="checkbox"/>	
Año de obtención del doctorado:	

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

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/a del Servicio del HUG