

**AYUDAS PARA
LA INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DE DR./DRA. XXXXX XXXXXX
DEL SERVICIO DE XXXXX**

Documento nº5: Modelo de Acreditación Presupuestaria

En Getafe a XX de mayo de 2024

Yo, Dr./Dra. XXXXXXXXXXX, como IP de los proyectos y cursos que abajo figuran declara que la cantidad a disposición de la FIBHUG por importe de 33.341,63 euros para cubrir una plaza de intensificación en el Servicio de Farmacia (proyecto Pharmaverso) durante seis meses, que se relaciona a continuación:

Proyecto	Saldo Actual	Reservado	Total
Proyectos			
- Código Fundanet	XXXX	XXXX	
-	XXXX	XXXX	
Cursos			
- Código Fundanet	XXXX	XXXX	
-	XXXX	XXXX	
Total			

Fdo.- Dr./Dra.

Nombre del Director/a de Grupo

VºBº.- Dña. Patricia Rodríguez Lega

Directora FIBHUG