

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

Solicitud		Expediente nº			
NIF/Pasaporte/Tarjeta Residencia		APELLIDOS y NOMBRE			
Población		PROVINCIA		Código postal	
Teléfono	Correo electrónico				
Nacionalidad:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:					

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