**A.2.- AYUDAS ESPECÍFICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PROYECTO SEMILLA)**

**A.2. MODELO SOLICITUD**

**INVESTIGADOR/A PRINCIPAL:**

* **Código grupo IBIMA. Plaforma Bionand:**
* **Nombre y apellidos:**
* **DNI/Pasaporte:**
* **Teléfono:**
* **Correo electrónico:**
* **Centro de vinculación:**
* **Departamento/ UGC:**

**EQUIPO INVESTIGADOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **Código Grupo IBIM.Plataforma Bionand** | **Tipo investigador****(IP o IC)** | **Ámbito laboral** *(atención primaria/atención hospitalaria/universidad/otro (indicar)* |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |

**TÍTULO:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**RESUMEN** (máximo 1000 palabras):

XXXXXXXXXXXXXXXX.

**TEMÁTICA**

Proyectos cuya temática y objetivos estén relacionados con la gestión o la atención sanitaria a la cronicidad, la salud pública, la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, y la mejora en los cuidados especializados en pacientes hospitalizados o en atención domiciliaria

**PROYECTO YA INICIADO: SI/NO**

**FINANCIACIÓN PREVIA: SI/NO.** (En caso de indicar sí, especificar importe total solicitado, total concedido, entidad financiadora, ayuda competitiva/no competitiva)

**NOVEDAD, RELEVANCIA Y APLICABILIDAD DEL TRABAJO**

*Indique y justifique cómo de novedosa es su propuesta de I+i en relación a lo ya existente, así como la transferencia directa de sus resultados a la práctica clínica a través de estudios de intervención.*

**DOCUMENTACION A ADJUNTAR**

* En su caso, hoja de información al paciente y modelo de consentimiento informado a presentar para su firma a las personas que en su momento sean sujetos del estudio.

***B.2.- Ayudas específicas para el fortalecimiento de Atención Primaria (proyecto Semilla)***

**B.2. MODELO AUTORIZACION DIRECCION DISTRITO/ ÁREA GESTION SANITARIA**

D./Dña.      , con N.I.F.       como Director/a del Distrito Sanitario de Atención Primaria/ Área de Gestión Sanitaria      ,

**AUTORIZO**

En el marco del Plan Propio de IBIMA 2022, **Convocatoria Ayudas específicas para el fortalecimiento de Atención Primaria (Proyecto Semilla**)**,** al investigador/a       a presentar su solicitud de financiación para el proyecto      .

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente autorización

En       a       de       de 2022.

Firma:

Nombre y Apellidos

Director/a Distrito Sanitario de Atención Primaria/ Área de Gestión Sanitaria

***B.2.- Ayudas específicas para el fortalecimiento de Atención Primaria (proyecto Semilla)***

**B.2. MODELO AUTORIZACION DIRECCION UGC**

D./Dña.      , con N.I.F.       como Director/a de la UGC      ,

**AUTORIZO**

En el marco del Plan Propio de IBIMA 2022, **Convocatoria Ayudas específicas para el fortalecimiento de Atención Primaria (Proyecto Semilla**)**,** al investigador/a       a presentar su solicitud de financiación para el proyecto      , dando mi conformidad a que, en caso de resultar seleccionado para su financiación, se desarrolle en esta UGC/Servicio.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente autorización

En       a       de       de 2022.

Firma:

Nombre y Apellidos

Director/a UGC