**D.1. AYUDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES CLÍNICAS PARA LA TRANSFERENCIA DEL MEJOR CONOCIMIENTO DISPONIBLE (ACTÚA)**

**D.1. MODELO MEMORIA**

**Extensión máxima 4 páginas**

**INVESTIGADOR/A PRINCIPAL:**

Código grupo IBIMA PLATAFORMA BIONAND:

Nombre y apellidos:

DNI/Pasaporte:

Teléfono:

Correo electrónico:

Centro de vinculación:

UGC:

**EQUIPO INVESTIGADOR**

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

**TÍTULO:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**AÑO DESARROLLO DE LA GUÍA:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**ETAPA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**CRONOGRAMA:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX