**DOCUMENTO Nº 1.**

**SOLICITUD DE CONVOCATORIA PARA LA CONCESIÓN DE FINANCIACIÓN PARA LA INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DEL SNS-OSASUNBIDEA DURANTE EL AÑO 2024.**

1. PERSONA A INTENSIFCAR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS |  | | | | | | | | |
| NOMBRE |  | | | | | D.N.I. | |  | |
| DIRECCIÓN DE CONTACTO | |  | | | | | | | |
| LOCALIDAD |  | | C.P. |  | | TELÉFONO | | |  |
| TITULACIÓN |  | | | | PUESTO DE TRABAJO | |  | | |
| E-MAIL\* |  | | | | | | | | |
| **(\*) Las notificaciones acerca de este expediente se efectuarán por correo electrónico, a través de esta dirección** | | | | | | | | | |

2. DATOS CENTRO DE TRABAJO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CENTRO DE SALUD | |  | | | | | | |
| DEP/SERV/SECCIÓN |  | | | | TELÉFONO |  | EXT |  |
| DIRECCIÓN |  | | | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL |  | | LOCALIDAD |  | | | | |

3. ACTIVIDAD DE INVESTIGACION A DESARROLLAR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD | | | | | |
| Fecha inicio |  | Fecha finalización |  | Duración |  |

FIRMA DEL/A DIRECTOR/A FIRMA DEL/A PERSONA A INTENSIFICAR

DEL CENTRO DE SALUD

En  a  de  de

# SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD