**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