**PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD 2023**

**DOCUMENTO Nº 2. ACUERDO DE COLABORACION**

Acuerdo entre la dirección de los centros donde se va a desarrollar la investigación y cada uno de los miembros del equipo de investigación en la que conste que la dirección asume que el proyecto se ajusta a las líneas de investigación, desarrollo e innovación establecidas para la institución, autorizando la realización del proyecto y el total de horas solicitadas, que se computarán a tal fin dentro de la jornada laboral.

**PROYECTO**

TÍTULO:

DURACIÓN EN AÑOS

HORAS TOTALES DEDICACIÓN/Semana:

Nº MIEMBROS TOTALES:

**CENTRO INVESTIGADOR/A PRINCIPAL**

CENTRO U ORGANISMO: PÚBLICO / PRIVADO

DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD (NAVARRA): SI / NO

C.I.F:

DIRECTOR/A O GERENTE:

PROVINCIA: PAÍS:

E MAIL:

 Firma Director/a o Gerente

**Como Director/a Gerente del centro confirmo mi acuerdo con los términos expresados en este proyecto de investigación**

**INVESTIGADOR/A PRINCIPAL**

APELLIDOS:

NOMBRE:

DEDICACIÓN HORAS/SEMANA

Firma investigador/a principal

|  |  |
| --- | --- |
| **OTROS MIEMBROS** |  |
| Apellidos y nombre DNI/NIE: SEXO (VARON/MUJER): Titulación:  | Dedicación: h/semanaFirma |
| Centro de trabajo:  |  |
| Departamento o Servicio:  |  |
| Puesto de trabajo: Dirección profesional: Localidad: Código postal: E mail:  |  |

**CENTRO 2**\*

CENTRO U ORGANISMO: PÚBLICO / PRIVADO

DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD (NAVARRA): SI / NO

C.I.F.:

DIRECTOR/A O GERENTE:

PROVINCIA: PAÍS:

E MAIL:

 Firma Director/a o Gerente

**Como Directora/Gerente del centro confirmo mi acuerdo con los términos expresados en este proyecto de investigación**

\*Se rellenará este apartado tantas veces como centros participantes en el proyecto de investigación.

|  |  |
| --- | --- |
| **OTROS MIEMBROS** |  |
| Apellidos y nombre DNI/NIE: SEXO (VARON/MUJER): Titulación:  | Dedicación: h/semanaFirma |
| Centro de trabajo:  |  |
| Departamento o Servicio:  |  |
| E mail:  |  |

**CENTRO 3**\*

CENTRO U ORGANISMO:

 PÚBLICO / PRIVADO

DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD (NAVARRA): SI / NO

C.I.F.:

DIRECTOR/A O GERENTE:

PROVINCIA: PAÍS:

E MAIL:

 Firma Director /a o Gerente

**Como Director/a Gerente del centro confirmo mi acuerdo con los términos expresados en este proyecto de investigación**

\*Se rellenará este apartado tantas veces como centros participantes en el proyecto de investigación.

|  |  |
| --- | --- |
| **OTROS MIEMBROS** |  |
| Apellidos y nombre DNI/NIE: SEXO (VARON/MUJER): Titulación:  | Dedicación: h/semanaFirma |
| Centro de trabajo:  |  |
| Departamento o Servicio:  |  |
| Puesto de trabajo: E mail:  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Primera anualidad** | **Segunda anualidad** | **Tercera anualidad** | **TOTAL** |
| CONTRATACIÓN DEPERSONAL TÉCNICO | **0** | **0** | **0** | **0** |
| MATERIAL INVENTARIABLE | **0** | **0** | **0** | **0** |
| MATERIAL FUNGIBLE | **0** | **0** | **0** | **0** |
| SERVICIOS PROFESIONALES | **0** | **0** | **0** | **0** |
| GASTOS COMPLEMENTARIOS | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **TOTAL**  | **0** | **0** | **0** | **0** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Primera anualidad** | **Segunda anualidad** | **Tercera anualidad** | **TOTAL** |
| **GASTOS DE GESTION** |  |  |  |  |