|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DEL ESTUDIO:** | |
| **BECA QUE SOLICITA (marcar con una X)**  **Beca de Investigación para Proyectos Multicéntricos**  **Beca para proyectos de investigación tipo Registro Multicéntrico**  **Beca para Proyectos Unicéntricos**  **Beca para proyectos de investigación multicéntrico en colaboración con hospitales o centros de investigación de América Latina** | |
| **FECHA SOLICITUD:** | **FIRMA Investigador Principal:** |
| **PARTIPANTES EN EL ESTUDIO. Hospitales o Centros de Investigación participantes en el estudio.** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Hospital Centro 1 Promotor del Estudio:** | **Investigadores colaboradores. Nombre y apellidos:** |
| **Investigador Principal. Nombre y apellidos:** |
| **Co-Investigador Principal. Nombre y apellidos:** |
| **Nombre Hospital Centro 2 Co-promotor del Estudio:** | **Investigadores colaboradores. Nombre y apellidos:** |
| **Investigador Principal. Nombre y apellidos:** |
| **Nombre Hospital Centro 3:** | **Investigadores colaboradores. Nombre y apellidos:** |
| **Investigador Principal. Nombre y apellidos:** |

**(Añadir más filas si es necesario)**

|  |
| --- |
| **RESUMEN DEL PROYECTO (**máximo 300 palabras**)** |



**INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS:**

**HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

**MATERIAL Y MÉTODOS:** (máximo 1 página)

**CRONOGRAMA FASES DEL PROYECTO:**

**UTILIDAD Y APLICABILIDAD DEL PROYECTO** (máximo 1 página)

**JUSTIFICACIÓN AYUDA SOLICITADA** (máximo 1 página)

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE DE OTRAS AYUDAS ECONÓMICAS OBTENIDAS PARA FINANCIAR ESTE PROYECTO, O DE**  **ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL MISMO** (máximo 1 página adicional, si es necesario) | |
| **CHECK LIST DE LA DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR (marcar con una X)** | |
| CV normalizado del investigador principal | CV normalizado abreviado de todos los investigadores principales de cada centro colaborador |
| CV normalizado del Co Investigador Principal | DNI o NIF del investigador principal |
| Certificación de la Dirección o Gerencia del centro de trabajo | Informe del Comité correspondiente sobre EXPERIMENTACIÓN ANIMAL (si es necesario) |
| Informe del Comité de Ética y Ensayos Clínicos |  |
| **SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O CENTRALES IMPLICADOS** (Si existe, se ha de adjuntar el acuerdo con los servicios implicados) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEMORIA ECONÓMICA** | |  | |
| **PRESUPUESTO SOLICITADO** | | | |
| **Gasto de personal:** (becarios para el proyecto de investigación) La cantidad de cada becario no tiene que superar los 1.500 euros mensuales) | |  | **Euros** |
|  |
| **Subtotal** |  |
| **Adquisición de bienes y contratación de servicios:**  (inventariable, fungible y otros gastos) | |  |  |
| **Subtotal** |  |
| **Viajes y dietas:**  **Costes Indirectos (máx. 5%) \*** |  |  |  |
| **Subtotal** |  |
| **TOTAL AYUDA SOLICITADA** | |  |
|  |

**\*** El importe de costes indirectos que, en su caso descuenten los centros de investigación, no podrá ser superior al 5%



**ANEXOS:**

**PROTECCION DATOS PERSONALES**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, y, conforme al Art. 5 relativo al derecho de información en la recogida de datos, la ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS (AEC) le informa que los datos personales incluidos en este formulario serán recogidos en un fichero informatizado titularidad de la AEC, que es la entidad destinataria de la información facilitada. Con el fin de llevar a cabo el proceso de selección, y si procediera, gestionar la concesión de la ayuda y el seguimiento de la misma conforme se establece en las bases de la convocatoria.