# EXPRESIÓN DE INTERÉS PARA PROYECTOS MEDICINA PERSONALIZADA

# CONVOCATORIA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII)

Por favor, conteste las siguientes preguntas, en estas mismas hojas o en páginas adicionales.

Una vez cumplimentado hágalo llegar por mail a la dirección: secretariatecnica@idipaz.es

|  |
| --- |
| 1. **Título del proyecto**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Resumen**
 |
|   |

|  |
| --- |
| 1. **Investigador Principal (IP) - Coordinador**
 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **DNI** | **Centro** | **Grupo de IdiPAZ** |
|  |  |  |  |

 **Firma: Fecha:**  |

|  |
| --- |
| 1. **Grupos que participan**
 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grupo** | **Nombre y apellidos del IP del grupo** | **Centro** | **Grupo de IdiPAZ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Indique si el proyecto se ha presentado a convocatorias previas. En caso afirmativo, indique las modificaciones introducidas**
 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | No |

Detalles: |

|  |
| --- |
| 1. **Indique el presupuesto aproximado a solicitar**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Detalle la adecuación a los objetivos de la convocatoria**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Existen empresas o entidades interesadas en el desarrollo**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **VºBº del Director o IP del Grupo de Investigación** |
|  **Firma: Fecha:**  |