MODELO DE SOLICITUD

PARA EL NOMBRAMIENTO DE “INVESTIGADOR EMÉRITO”

La presente solicitud, junto con el CVN y la memoria de actividades debe remitirse por correo electrónico a los siguientes miembros de la Comisión Delegada:

Presidente: Juan José Ríos Blanco juanj.rios@salud.madrid.org

Secretaria: Ana Coloma ana.coloma@salud.madrid.org

|  |
| --- |
| DATOS DEL CANDIDATO |
| NIF/Pasaporte/Tarjeta Residencia: | Apellidos y nombre:  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |
| Área de investigación:      | Grupo de investigación:      |
| **DATOS DE CONTACTO** |
| Teléfono: | Correo electrónico: |
|       |       |
|  |
|  |  |
| **RESUMEN DE LA MEMORIA DE ACTIVIDAD** **(Adjuntar memoria completa de actividades)**  |
| Línea de investigación:      |
| Resumen de las actividades investigadoras a desarrollar por el candidato **(Adjuntar, a esta solicitud, la memoria completa de actividades en formato pdf):**      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| En        | , a       | de       | de       |
|  |
| Firma (original) del solicitante  |
| El firmante solicita ser considerado Investigador Emérito de la FIBHULP y declara que es cierta la información que aparece en el presente formulario, así como que reúne las condiciones exigidas para el nombramiento como Investigador Emérito. Los datos personales que aparecen en este documento sólo serán utilizados para los fines previstos en la correspondiente Convocatoria o para su tratamiento automatizado con fines estadísticos con las garantías previstas en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Real Decreto 3/2010 de 8 de enero por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica. |