

AUTORIZACIÓN PARA LA ROTACIÓN O ESTANCIA TEMPORAL DE PROFESIONALES EXTERNOS VINCULADOS A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL U. RAMÓN Y CAJAL Y SUS CENTROS DEPENDIENTES

INTERESADO:

Apellidos y Nombre				
Nacionalidad		N.I.F.		
Titulación principal				
Domicilio en España				
Población		Provincia		Código Postal
Dirección de correo electrónico				Teléfono

ENTIDAD A LA QUE ESTÁ VINCULADO EL INTERESADO (en su caso):

A título personal, no vinculado a ninguna entidad:

Entidad				
Tipo de vinculación				
Dirección				
Población		Provincia		Código Postal
Dirección de correo electrónico				Teléfono

PROYECTO. INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Proyecto de Investigación	
Investigador Responsable	
Unidad / Servicio	

AUTORIZACIÓN:

Se autoriza la rotación o estancia temporal del interesado, para su participación en el proyecto de investigación que se indica, bajo la supervisión y tutela del Investigador Principal – responsable citado. Previa aceptación de las condiciones que se recogen al dorso.

Centro			
Periodo desde:		Hasta:	

OBSERVACIONES: _____

Propone El Investigador Principal: Fdo.:
--

El Director Gerente P.D.F.: Unidad de Gestión del Conocimiento
