

***Formulari de sol·licitud***

**Ajut a Projectes de Recerca en Atenció Primària de Salut**

**Any 20\_\_\_\_**

**SOL·LICITUD DE PARTICIPACIÓ**

Títol:

Durada: Nombre total d'investigadors/es:

Metodologia:

[ ]  QUANTITATIVA [ ]  QUALITATIVA [ ]  MIXTA

**Dades de l'investigador/a principal (IP)**

Nom i Cognoms: DNI:

Entitat i centre de treball:

Telèfon: E-mail:

El projecte o l’IP han rebut finançament competitiu prèviament?

[ ]  SÍ [ ]  NO

**Dades del grup de recerca**

L’equip o alguns dels membres de l’equip pertanyen a un grup de recerca emergent de l’IDIAPJGol?

[ ]  SÍ, Grup\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  NO

**ACCEPTACIÓ DE LES BASES**

Els sotasignats, en presentar aquesta sol·licitud, accepten les bases d'aquesta convocatòria i es comprometen, en cas d'adjudicar-se, a dur a terme el projecte de recerca proposat i al compliment dels objectius presentats, alhora que manifesten que en cas de rebre cofinançament per a aquest mateix estudi ho comunicaran a l’IDIAPJGol automàticament o bé mitjançant les memòries de seguiment anuals de l’ajut.

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el dia\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Investigador/a principal Gerent o director/a del Servei

 del projecte d'Atenció Primària de l'entitat

Coordinador/a de la USR

(només per investigadors/es ICS)

**VISTIPLAU DEL/DE LA DIRECTOR/A DEL SAP**

Sr/a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, director/a del Servei d’Atenció Primària \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de l’Àmbit Territorial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de l’Institut Català de la Salut,

ASSABENTAT/DA que en/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de l’EAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vol participar en la \_\_ **Convocatòria d’Ajut a Projectes de Recerca en Atenció Primària de Salut de l’IDIAPJGol**, en dóna el seu VISTIPLAU i així ho signa.

Sr/a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**EQUIP INVESTIGADOR**

**Membres de l’equip investigador del projecte:**

Nom i Cognoms: DNI:

Professió:

Centre de treball:

Signatura de conformitat:

*(Repetir per cada membre de l’equip)*