**CONVOCATORA INTRAMURAL DE PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL IIS ARAGÓN 2024**

**- Acción de Apoyo POST-FSE -**

**Fecha**: *Indique la fecha de cumplimentación del formulario.*

|  |  |
| --- | --- |
| Acción | 🞎 *Acción de Apoyo Post-FSE I*  (GENERAL) |
|  | 🞎 *Acción de Apoyo Post-FSE II (MEDICINA INTERNA-HCULB)* |
|  | 🞎 *Acción de Apoyo Post-FSE III (ONCOLOGÍA-HCULB)* |
|  | 🞎 *Acción de Apoyo Post-FSE IV (ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓ-HCULB)* |

**Candidato**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos | *Nombre y apellidos del candidato* |
| NIF/NIE | *Escriba su número de identificación fiscal o número de identidad extranjero.* |
| Correo Electrónico | *Escriba su correo electrónico de contacto.* |
| Teléfono de Contacto | *Escriba su número de teléfono habitual en el que poder contactar.* |
| Titulación | *Escriba su titulación universitaria.* |
| Año finalización FSE | *Escriba el año de finalización de FSE* |
| Ampliación plazo  finalización FSE | 🞎 SÍ 🞎 NO |
| Pertenencia a  grupo IIS Aragón | 🞎 SÍ 🞎 NO |
| Residente investigador  IIS Aragón | 🞎 SÍ 🞎 NO |
| Se ha presentado  a Río Hortega AES ISCIII | 🞎 SÍ 🞎 NO |

**Tutor científico**

|  |  |
| --- | --- |
| Tutor científico | *Nombre y apellidos del tutor científico* |
| NIF/NIE | *Escriba su número de identificación fiscal o*  *número de identidad extranjero.* |
| Correo Electrónico | *Escriba su correo electrónico de contacto.* |
| Grupo IIS Aragón | *Escriba el grupo IIS Aragón en que se encuentra adscrito* |

**Condiciones del contrato**

|  |  |
| --- | --- |
| Centro asistencial | *Escriba el centro asistencial donde se va a realizar la labor asistencial* |
| Especialidad/Servicio | *Escriba la especialidad donde se va a realizar la labor asistencial* |

|  |  |
| --- | --- |
| Observaciones | *Campo abierto para observaciones* |

**MEMORIA:**

1. **Méritos del Candidato: (0-20 puntos, se precisa 10 puntos como mínimo)**

|  |
| --- |
| **Adecuación del Candidato:** (máximo 1 página; tamaño letra Trebuchet MS 12, párrafo: 1,5). *Trayectoria y motivos para solicitar esta acción.* |
|  |

|  |
| --- |
| **Méritos curriculares del candidato:** *Publicaciones (excluir libros de residentes y casos clínicos), comunicaciones (indicar si oral o póster y posición) y proyectos de investigación en los que ha participado (excluir ensayos clínicos comerciales).* |
|  |

1. **Memoria de Formación, de Investigación y de Actividad Clínico Asistencial a realizar por el candidato (0-30 puntos, se precisa 15 puntos como mínimo)**

|  |
| --- |
| **Memoria de Formación y de Actividad Clínico Asistencial** (máximo 4 páginas, tamaño letra Trebuchet MS 12, párrafo: 1,5) |
|  |

1. **Méritos del Tutor Científico y Grupo receptor (0-50 puntos, se precisa 25 puntos como mínimo)**

|  |
| --- |
| **Denominación y líneas prioritarias del Grupo de Investigación** (máximo 1 página, tamaño letra Trebuchet MS 12, párrafo: 1,5) *Remarcar las líneas concretas de investigación en las que el candidato va a participar durante la ayuda* |
|  |

|  |
| --- |
| **Estructura Actual del Grupo** **de Investigación** *(*máximo 1 página, tamaño letra Trebuchet MS 12, párrafo: 1,5*)* |
|  |

|  |
| --- |
| *En el caso de Investigadores nacidos en 1979 o fecha posterior resuma brevemente (20 líneas máximo) su trayectoria y actividad como grupo propio o dentro del grupo* (tamaño letra Trebuchet MS 12, párrafo: 1,5) |
|  |

|  |
| --- |
| **Diez publicaciones del Tutor Científico** *(últimos 5 años)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Proyectos de Investigación del Tutor Científico** |
|  |