|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD INCORPORACIÓN PERSONAL INVESTIGADOR EN EL IIS BIOARABA** | | | |
| **MARQUE EL ÁREA Y GRUPO AL QUE SOLICITA PERTENECER:** | | | |
| **ANTIBIOTERAPIA Y DESARROLLO FARMACÉUTICO** | **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES** | | **ENFERMEDADES RARAS** |
| **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**  **Grupo:**  Enfermedad TEV  EPOC | **SALUD MENTAL Y FRAGILIDAD**  **Grupo:**  Salud Mental y Fragilidad (1)  Salud Mental y Fragilidad (2) | | **SERVICIOS DE SALUD, MAP Y “BIG DATA”** |
| **TRASTORNOS DEL SUEÑO**  **Grupo:**  Apneas del Sueño  Trastornos respiratorios/no respiratorios del sueño | **PATOLOGÍA DE SISTEMAS**  **Grupo:**  Alergia  Anatomía Patología  Anestesia y Unidad del Dolor  Cirugía  Cuidados de Enfermería  Dermatología  Endocrinología y Nutrición  Endocrinología Pediátrica  Ginecología | | **PATOLOGÍA DE SISTEMAS**  **Grupo:**  Hematología  MI, VIH, Hepatitis  Nefrología/Urología  Neurología/Neurocirugía  Oftalmología  ORL  Oncología /Radioterapia  Radiología/M. Nuclear y Física  Traumatología y Rehabilitación  UCI |
| **Responsable del área:** | | **Responsable del grupo:** | |
| **Fecha: Desde:** Haga clic aquí para escribir una fecha. **Hasta:** Haga clic aquí para escribir una fecha.  **Indefinido**: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***DATOS PERSONALES*** | | | | | | | | | |
| **Nombre y Apellidos:** | |  | | | | | | | |
| **DNI con letra:** | |  | | | **Fecha Nacimiento:** | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| **Dirección:** | |  | | | | | | | |
| **Ciudad/Provincia:** | |  | | | | | | | **C.P:** |
| **Titulación:** | |  | | | | | | | |
| **Teléfono/Móvil:** | |  | | **E-mail**: | | | | | |
| ***DATOS PROFESIONALES*** | | | | | | | | | |
| **ORGANISMO** | | | **CENTRO** | | | **DEPARTAMENTO** | | | |
|  | | |  | | |  | | | |
| **PUESTO** | | | **CARGO** | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **Teléfono/Móvil:** |  | | | **E-mail**: | | | | | |
| ***FIRMAS*** | | | | | | | | | |
| **Interesado/a**  **Fdo.:** | | | **R. Área o Grupo Investigación**  **Fdo.:** | | | | **Dir. Científico/a**  **Fdo.:** | | |

* ***A este documento se le adjuntará el C.V del candidato y copia o documento acreditativo de la titulación académica.***
* ***Firmando este documento acepto las condiciones reflejadas en el “CONSENTIMIENTO DE GRUPOS DE INVESTIGACIÓN”, adjunto a este documento.***