**DOCUMENTO Nº 1. SOLICITUD**

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:**

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección Postal:

Código Postal: E-Mail:

Teléfono: Fax:

**DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE:**

Titulación:

Residencia: SI NO

En caso afirmativo: (Especialidad / Hospital / Fecha finalización):

Situación profesional actual (cargo, centro, fecha de inicio):

**DATOS DEL PROYECTO**:

Título:

Investigador principal:

Agencia(s) financiadora(s) del proyecto (código, fecha concesión, duración y dotación):

[la ayuda para “Becario SEPAR” debe destinarse íntegramente al sueldo del propio Becario]

**DATOS DEL CENTRO RECEPTOR**

Centro (hospital, departamento, servicio o grupo de investigación, oficialmente reconocido):

Población:

###### Responsable del Centro

Nombre y Apellidos:

Cargo:

Teléfono: Fax: E-mail:

**Tutor del Becario** (debe ser investigador principal o coinvestigador del proyecto):

Nombre y Apellidos:

Servicio, Departamento o Sección:

Cargo:

Teléfono: Fax: E-mail:

###### Los firmantes declaran que todos los datos consignados en la presente solicitud son ciertos y que aceptan las bases de la convocatoria.

Firmas:

EL SOLICITANTE EL TUTOR

Nombre y apellidos: Nombre y apellidos:

Fecha: Fecha:

**2. MEMORIA CIENTIFICA DEL PROYECTO**

###### *(máximo 4 hojas)*

Hacer constar los siguientes apartados:

1. Resumen (máximo 250 palabras)
2. Antecedentes y estado actual del tema
3. Bibliografía
4. Hipótesis de trabajo
5. Objetivos concretos
6. Método
7. Calendario de trabajo
8. Tareas a realizar por el becario en la investigación
9. Condición de investigación de doctorado o de suficiencia investigadora
10. Experiencia previa del becario sobre el tema objeto del proyecto
11. Aplicabilidad práctica potencial de los resultados

**3. MEMORIA DEL CENTRO RECEPTOR**

Consta de:

1. Documento de aceptación
2. Experiencia del centro receptor sobre el tema del proyecto
3. Instalaciones y técnicas disponibles
4. Ayudas previas recibidas de SEPAR y producción científica resultante
5. Autorización del Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del centro

**3.1. DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN**

(máximo 1 página; hacer constar la aceptación del becario en el centro, la viabilidad del proyecto, la disponibilidad del material necesario y la existencia de financiación independiente al sueldo del becario para llevar a cabo el proyecto en el calendario propuesto). Debe ir firmada por el responsable del centro.

**3.2.** **EXPERIENCIA DEL CENTRO SOBRE EL TEMA DEL PROYECTO**

*(máximo ½ página)*

**3.3. INSTALACIONES Y TÉCNICAS DISPONIBLES**

*(máximo ½ página)*

**3.4. AYUDAS PREVIAS RECIBIDAS DE SEPAR Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA RESULTANTE**

*(máximo 1 página)*

**4. FUENTES DE FINANCIACIÓN DISPONIBLES**

Independientes del sueldo del becario, cubierto por esta convocatoria.

Indicar agencia(s) financiadora(s), código, fecha de concesión, duración e importe.

*(máximo 1 hoja)*

**5. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC) DEL CENTRO**

Al tratarse de un proyecto en curso que dispone de aprobación por una agencia financiadora no es necesaria una nueva autorización, se puede adjuntar la que se emitió cuando el proyecto fue financiado.

*(máximo 1 hoja)*

**Aviso legal:**

El responsable del tratamiento de los datos facilitados voluntariamente por usted a través del presente formulario es Sociedad de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). La base jurídica del tratamiento es su consentimiento para la finalidad de tramitar su solicitud para la convocatoria de esta ayuda a la investigación. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición o limitación del tratamiento enviando una solicitud por correo electrónico a secretaria@separ.es o por escrito a la sede de SEPAR, ubicada en Calle Provenza 108, Bajos, C.P. 08029, Barcelona. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en [Política de privacidad](https://www.separ.es/?q=node/380)