Cumplimentar con letra Times New Roman, Calibri o Arial de un tamaño mínimo de 11 puntos; márgenes laterales de 1,5 cm; márgenes superior e inferior de 3,5 cm;

1. **Investigador Solicitante de la Ayuda**
2. **Título del proyecto**
3. **Área en la que quiere que se incluya el proyecto (marcar la casilla)**
   1. DNA móvil y no codificante en cáncer u otras enfermedades
   2. Virus y enfermedades autoinmunes / cáncer
   3. Aplicación y desarrollo de algoritmos y/o biología de sistemas.
   4. Enfermedades Neurodegenerativas
   5. Medicina regenerativa
   6. Aplicación del metaverso en ciencias neurobiológicas o bioquímicas
   7. Aplicación y desarrollo de algoritmos para diagnóstico patológico
   8. Aproximación de los principios de la “física cuántica” a las ciencias biológicas
   9. OTROS Indicar cuál:
4. **Datos del Investigador**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** |  | | |
| **DNI** |  | **Teléfono** |  |
| **E mail** |  | | |

1. **Resumen del proyecto** (Máximo 500 palabras)



1. **MEMORIA DEL PROYECTO que incluirá: I.- Antecedentes y Estado Actual del Tema. II.- Hipótesis de Trabajo, III.- Objetivos y metodología IV.- Plan de trabajo preliminar y V.- Datos Preliminares VI. Impacto y aplicabilidad.** (Máximo 2 páginas)
2. **BREVE CURRICULUM DEL INVESTIGADOR. Incluir Formación, Situación profesional, Cualidades e intereses y Experiencia.** (Máximo una página)
3. **Centro de trabajo donde se PROPONE el proyecto de investigación**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del centro** |  |
| **Servicio** |  |
| **Unidad** |  |
| **Dirección** |  |
| **Localidad** |  |
| **Provincia** |  |
| **Código postal** |  |

**¿Ha solicitado aprobación al Centro receptor?:**

 SI  NO

**¿Ha solicitado aprobación al Equipo receptor?:**  SI  NO

**¿Existe alguna fuente de financiación del proyecto?:**  SI  NO

1. **BREVE CURRICULUM DEL GRUPO INVESTIGADOR RECEPTOR. Nombre del Grupo, Investigador Principal. 5 méritos obtenidos en los últimos 5 años en: 1.- publicaciones científicas, 2.- Proyectos de investigación 3.- Actividades de transferencia.** (Máximo media página).

**Firma del responsable del Proyecto y del centro receptor.**

***Hay que adjuntar el documento firmado y sellado escaneado en formato PDF a través de la plataforma habilitada.***

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales que nos facilite mediante el presente formulario, quedarán incorporados y serán tratados en un fichero propiedad de CATEDRA CAJAL, con la exclusiva finalidad de poder cursar su solicitud de ayudas, así como para mantenerle informado, incluso por medios electrónicos, sobre cuestiones relativas a las actividades de CATEDRA CAJAL que guarden relación con los proyectos de investigación y ayudas promovidos/organizados por la Fundación. En aquellos casos en que usted facilite a CATEDRA CAJAL datos de terceras personas, se compromete de forma expresa a obtener el consentimiento de las mismas, antes de comunicar sus datos a CATEDRA CAJAL mediante el presente formulario. Asimismo le informamos sobre la posibilidad que tiene de ejercer, en cualquier momento, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante escrito dirigido a CATEDRA CAJAL, acompañando fotocopia de su D.N.I.