**MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD**

**VI EDICIÓN DE PREMIOS JOVENES INVESTIGADORES**

**ACLARACIÓN PREVIA IMPORTANTE:**

* Por favor, cumplimentar mediante ordenador o tablet (no de forma manual).
* Al finalizar, no olviden guardar el documento en formato PDF y firmarlo antes de enviar la solicitud.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del proyecto:**  |  |

**DATOS DEL COORDINADOR DEL PROYECTO**

 Datos identificativos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Apellidos y nombre**  |  |
| **Género (M/F)** |  |
| **NIF** |  |
| **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** |  |
| **Teléfono** |  |
| **ORCID** |  |
| **Correo electrónico** |  |

 Situación académica

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Licenciatura/Ingeniería/Grado** |  |
| **Centro** |  |
| **Fecha (dd/mm/aaaa)** |  |
| **Doctorado** |  |
| **Centro** |  |
| **Fecha (dd/mm/aaaa)** |  |

 Situación profesional

|  |
| --- |
|  |
| **Posición actual** |  |
| **Fecha de incorporación** **(dd/mm/aaaa)** |  |
| **Organismo** |  |
| **Centro/Facultad/Escuela/Instituto** |  |
| **Departamento/ Unidad/ Sección**  |  |
| **Comunidad autónoma** |  |
| **Vinculación laboral (Funcionario, estatuario o laboral)** |  |

**DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ENTIDAD COORDINADORA SOLICITANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Institución sanitaria/ Universidad/ OPI/ Centro investigación**  |  |
| **CIF** |  |
| **Responsable legal** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**RESPONSABLE DEL SEGUNDO GRUPO PARTICIPANTE EN LA RED**

 Datos identificativos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Apellidos y nombre**  |  |
| **Género (M/F)** |  |
| **NIF** |  |
| **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** |  |
| **Teléfono** |  |
| **ORCID** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Licenciatura/Ingeniería/Grado** |  |
| **Centro** |  |
| **Fecha (dd/mm/aaaa)** |  |
| **Doctorado** |  |
| **Centro** |  |
| **Fecha (dd/mm/aaaa)** |  |

 Situación académica

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Posición actual**  |  |
| **Fecha de incorporación** **(dd/mm/aaaa)** |  |
| **Organismo** |  |
| **Centro/Facultad/Escuela/Instituto**  |  |
| **Departamento/ Unidad/ Sección**  |  |
| **Comunidad autónoma** |  |

 Situación profesional

**RESPONSABLE DEL TERCER GRUPO PARTICIPANTE EN LA RED**

 Datos identificativos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Apellidos y nombre**  |  |
| **Género (M/F)** |  |
| **NIF** |  |
| **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** |  |
| **Teléfono** |  |
| **ORCID** |  |
| **Correo electrónico** |  |

 Situación académica

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Licenciatura/Ingeniería/Grado** |  |
| **Centro** |  |
| **Fecha (dd/mm/aaaa)** |  |
| **Doctorado** |  |
| **Centro** |  |
| **Fecha (dd/mm/aaaa)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Posición actual**  |  |
| **Fecha de incorporación** **(dd/mm/aaaa)** |  |
| **Organismo**  |  |
| **Centro/Facultad/Escuela/Instituto** |  |
| **Departamento/ Unidad/ Sección**  |  |
| **Comunidad autónoma** |  |

 Situación profesional

NOTA: Si la Red cuenta con más de 3 grupos de investigación, incluya la información de cada grupo de investigación participante adicional añadiendo a continuación y para cada uno de ellos las tablas correspondientes a datos identificativos, situación académica y situación profesional.

**ÁREA TEMÁTICA Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO**

Por favor, elija entre las siguientes cuatro áreas temáticas según la cual somete la candidatura a este premio y la correspondiente línea de investigación. Únicamente podrá seleccionar un área y, dentro de esta, una línea de investigación:

Oncología, Medicina de Precisión e Inmunoncología

Cáncer de Pulmón

Cáncer de Ovario

Cáncer de Mama

Cáncer de Páncreas

Cáncer Hereditario

Cáncer de Próstata

Cáncer Gastrointestinal

Respiratorio e inmunología

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Asma

Lupus

Enfermedades Inflamatorias Eosinofílicas

Cardiovascular, Renal y Metabolismo

Enfermedad Renal Crónica e Hiperpotasemia

Insuficiencia Cardiaca

Diabetes Mellitus tipo 2

Síndrome Coronario Agudo

Vacunas e Inmunoterapias

COVID-19

Gripe pediátrica

Virus Respiratorio Sincitial (VRS)

|  |  |
| --- | --- |
| **Área temática en la que desarrollará el proyecto** |  |
| **Línea de investigación** |  |

**REQUISITOS DEL COORDINADOR DEL PROYECTO:**

¿Ha sido investigador principal de al menos un proyecto de investigación de convocatorias competitivas y/o ha recibido alguna ayuda de programas competitivos de recursos humanos de cualquier agencia financiadora o equivalentes?

Si\_\_\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_\_

¿Ha sido beneficiario de una ayuda en la V convocatoria de Premios a Jóvenes Investigadores de la Fundación AstraZeneca?

Si\_\_\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_\_

**ACEPTACIÓN DE LA AYUDA POR PARTE DE LA ENTIDAD COORDINADORA\***:**[[1]](#footnote-1)**

La Autoridad que representa legalmente a la Entidad solicitante manifiesta su conformidad y declara conocer y aceptar las normas de la presente Convocatoria, por lo que autoriza la participación del personal de la Entidad en este proyecto, comprometiéndose a garantizar la correcta realización de la actividad, en el caso de que ésta sea financiada. Además, también autoriza en tal caso, la utilización de la información contenida en la solicitud para su inclusión y gestión en la Base de Datos de la Fundación AstraZeneca, a efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Firma:

Coordinador/a de la red

Firma y sello.

Representante Legal entidad coordinadora

1. \*Es necesario incluir en este mismo formulario la firma del coordinador del proyecto, así como la firma con el sello del responsable legal de la entidad solicitante en la que se halle adscrito el coordinador (denominada entidad coordinadora) que recibirá y gestionará la ayuda en caso de resultar beneficiaria. [↑](#footnote-ref-1)