



**DOCUMENTO Nº 1. SOLICITUD**

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:**

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección Postal:

Código Postal:

Teléfono:

E-Mail:

Fax:

**DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE:**

Titulación académica / Universidad / fecha:

Especialidad:

Situación profesional actual / fecha de inicio:

Centro de trabajo:

Dirección:

**PROYECTO PROPUESTO**

Título:

Fecha de inicio / duración prevista:

**DATOS DEL CENTRO SOLICITADO**

Nombre (Departamento, Hospital, Universidad):

Ciudad / País:

Responsable (Director del proyecto)

Nombre y Apellido:

Cargo:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

**El solicitante declara que todos los datos consignados en la presente solicitud son ciertos**

**Firma:**

Nombre y Apellidos:

Fecha:



**2. MEMORIA CIENTIFICA DEL PROYECTO**

*(máximo 3 hojas)*

Hacer constar los siguientes apartados:

1. Resumen
2. Antecedentes y estado actual del Tema
3. Bibliografía
4. Hipótesis de trabajo
5. Objetivos concretos
6. Método
7. Calendario de trabajo
8. Experiencia previa del solicitante sobre el tema objeto del proyecto



### **3. JUSTIFICACIÓN DE LA AYUDA**

*(máximo 2 hojas)*

Hacer constar los siguientes apartados:

1. Objetivos de formación personal
2. Interés para el centro de origen
3. Aplicabilidad y utilidad práctica de los conocimientos adquiridos
4. Razones que justifican el centro solicitado

#### **3.1. OBJETIVOS DE FORMACIÓN PERSONAL**

#### **3.2. INTERÉS PARA EL CENTRO DE ORIGEN**

#### **3.3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS**

#### **3.4. RAZONES QUE JUSTIFICAN EL CENTRO SOLICITADO**



#### **4. MEMORIA DEL CENTRO RECEPTOR**

Debe constar de:

1. Documento de aceptación
2. Experiencia del centro receptor sobre el tema del proyecto
3. Instalaciones y técnicas disponibles

##### **4.1. DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN**

*(máximo 1 página; hacer constar la aceptación del centro receptor, la viabilidad del proyecto en el plazo solicitado, la disponibilidad del material necesario y de financiación, y que el proyecto ha sido aprobado por el comité ético institucional). Firmado por el Director del Proyecto.*



**4.2. EXPERIENCIA DEL CENTRO SOBRE EL TEMA DEL PROYECTO**  
*(máximo ½ página)*

**4.3. INSTALACIONES Y TÉCNICAS DISPONIBLES**  
*(máximo ½ página)*

**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](mailto: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](#)