**MEMORIA DE LA ACTIVIDAD**

 **CIENTÍFICA PARA EL PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN**

1. **TITULO DEL PROYECTO O ACCIÓN**
2. **DURACIÓN Y FECHA PREVISTA DE INICIO**
3. **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

*Puede ver las líneas aprobadas de cada grupo en:* [*https://www.idissc.org/areas-tematicas/*](https://www.idissc.org/areas-tematicas/)

*Las líneas indicadas en la solicitud se tienen que corresponder con las líneas aprobadas y publicadas en la web*

1. **TIPO DE ACTIVIDAD EN LA QUE SE ENMARCA**

(Se deberá adjuntar informe del *CEIm o justificante acreditativo de haber solicitado su evaluación*)

1. **PLAN DE TRABAJO**
2. **INDICACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SOBRE LA QUE SE SOLICITA LA EXENCIÓN Y PROPUESTA DE SUSTITUCIÓN ASISTENCIAL**
3. **VALORACIÓN DE LA NECESIDAD, OPORTUNIDAD Y VALOR AÑADIDO QUE SU REALIZACIÓN SUPONDRÁ PARA SU GRUPO DE INVESTIGACIÓN Y PARA EL HOSPITAL**
4. **APRECIACIÓN RESPECTO A LA INCIDENCIA DE SU ACTIVIDAD CIENTÍFICA SOBRE LA I+D+i EN EL ÁMBITO REGIONAL, NACIONAL E INTERNACIONAL**
5. **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTIVOS CON FINANCIÓN EXTERNA QUE LIDERE EL CANDIDATO, EN LOS QUE NO SE CONTEMPLE QUE DICHA FINANCIACIÓN INCLUYA LA LIBERACIÓN DEL TIEMPO ASISTENCIAL PARA SER DEDICADO A LA INVESTIGACIÓN.**

Fecha:

Firmado por