**ANEXO II**

**FORMULARIO DE SOLICITUD**

**CONVOCATORIA INTERNA PARA LA ASIGNACIÓN DE CRÉDITO A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN LIGADOS A LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO, EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE. CONV. UMH-GVA REF. SOLCIF 2021/0005. (Cód. 11-134-4-2022-0081)**

**DATOS INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**Apellidos y Nombre:**

**Fecha de nacimiento:**

**D.N.I.:**

**Titulación Académica:**

Centro donde la obtuvo:

**Categoría Profesional:**

**Centro donde presta sus servicios:**

Calle/Plaza:

Distrito Postal/Ciudad:

Provincia:

Teléfono centro:

**Correo electrónico:**

**Teléfono móvil I.P.:**

**TITULO DEL PROYECTO:**

**(Continúa en la página siguiente)**

La persona solicitante declara, bajo su responsabilidad lo que sigue:

a) Que acepta las bases de la convocatoria.

b) Que todos los datos incorporados a la solicitud se ajustan a la realidad.

c) Que queda enterada que la inexactitud de las circunstancias declaradas comporta la denegación o revocación del crédito asignado.

d) Que conoce la incompatibilidad de esta asignación con otras asignaciones procedentes de convocatorias de la UMH para la realización de la misma actividad.

Lugar y fecha: ........................................................

 Firma del Investigador Principal

Lugar y fecha: ........................................................

 Firma del Director Dpto./Centro/ Instituto de Investigación

**Dirigida al Servicio de Relaciones Internacionales, Cooperación al Desarrollo y Voluntaria**

**(Continúa en la página siguiente)**

**DATOS PROFESIONALES DE LOS INVESTIGADORES PARTICIPANTES**

**(completar hasta 3 investigadores colaboradores españoles o extranjeros)**

**POR PARTE DE LA UMH**

|  |
| --- |
| Nombre/Apellidos: D.N.I.:Fecha de nacimientoTitulación AcadémicaCategoría profesional**Tel. móvil:****Correo electrónico:** **Centro donde presta sus servicios**Calle/Plaza: Distrito Postal/Ciudad:Provincia:Teléfono (Prefijo/Número):  |

|  |
| --- |
| Nombre/Apellidos: D.N.I.:Fecha de nacimientoTitulación AcadémicaCategoría profesional**Tel. móvil:****Correo electrónico:** **Centro donde presta sus servicios**Calle/Plaza: Distrito Postal/Ciudad:Provincia:Teléfono (Prefijo/Número):  |

|  |
| --- |
| Nombre/Apellidos: D.N.I.:Fecha de nacimientoTitulación AcadémicaCategoría profesional**Tel. móvil:****Correo electrónico:**  |

# **Centro donde presta sus servicios**

Calle/Plaza:

Distrito Postal/Ciudad:

Provincia:

Teléfono (Prefijo/Número):

**POR PARTE DEL SOCIO LOCAL**

|  |
| --- |
| Nombre/Apellidos: D.N.I.:Fecha de nacimientoTitulación AcadémicaCategoría profesional**Tel. móvil:****Correo electrónico:** **Centro donde presta sus servicios**Calle/Plaza: Distrito Postal/Ciudad:Provincia:Teléfono (Prefijo/Número):  |

|  |
| --- |
| Nombre/Apellidos: D.N.I.:Fecha de nacimientoTitulación AcadémicaCategoría profesional**Tel. móvil:****Correo electrónico:** **Centro donde presta sus servicios**Calle/Plaza: Distrito Postal/Ciudad:Provincia:Teléfono (Prefijo/Número):  |

**OTROS POSIBLES SOCIOS O COLABORADORES**

|  |
| --- |
| Nombre/Apellidos: D.N.I.:Fecha de nacimientoTitulación AcadémicaCategoría profesional**Tel. móvil:****Correo electrónico:** **Centro donde presta sus servicios**Calle/Plaza: Distrito Postal/Ciudad:Provincia:Teléfono (Prefijo/Número):  |

|  |
| --- |
| Nombre/Apellidos: D.N.I.:Fecha de nacimientoTitulación AcadémicaCategoría profesional**Tel. móvil:****Correo electrónico:** **Centro donde presta sus servicios**Calle/Plaza: Distrito Postal/Ciudad:Provincia:Teléfono (Prefijo/Número):  |

**(Continúa en la página siguiente)**

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: |

# TÍTULO DEL PROYECTO

|  |
| --- |
|  |

**RESUMEN (250 palabras)**

|  |
| --- |
|  |

**(Continúa en la página siguiente)**

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: |

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**(MÁXIMO CINCO PÁGINAS, incluyendo introducción, hipótesis, objetivos, metodología, plan de trabajo, distribución de tareas, viabilidad e implicaciones para avances en ciencia y salud). EL TAMAÑO MÍNIMO DE LA LETRA SERÁ ARIAL 10.**

|  |
| --- |
|  |

**(Continúa en la página siguiente)**

**REFERENCIAS, citadas por orden de aparición en el texto según Index Medicus**

**(máximo 1 página)**

|  |
| --- |
|  |

**(Continúa en la página siguiente)**

**ACUERDO DE COLABORACIÓN DE SOCIOS LOCALES Y OTROS COLABORADORES**

|  |
| --- |
| **Investigador Principal:** |
| **Centro/Instituto/dpto.** |

|  |
| --- |
| **Título del Proyecto:** |

Yo, ……………………………………………………………………………como Investigador/a Principal del estudio arriba mencionado, confirmo que el estudio se realizará en el ………………………………… al que pertenezco, **y que los siguientes Socios han expresado su conformidad de participar en el mismo.**

Fecha:

Fdo.:

Entidad:

Responsable de la entidad:

Fecha:

Fdo.:

Entidad:

Responsable de la entidad:

En…………………………………… a………..de……………20..

Firmado por

Dr/Dra

Investigador Principal

**(Continúa en la página siguiente)**

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: |

**PRESUPUESTO\***

**(Máximo de 15.000€)**

|  |
| --- |
| a) Gastos de funcionamiento: b) Gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención de los miembros del equipo de investigación para la realización de actividades ligadas al proyecto.c) Gastos por servicios técnicos: (deberá quedar claramente justificada la necesidad de contratar este tipo de servicios para la consecución de los resultados o actividades del proyecto) d) Gastos de arrendamiento: de instalaciones o equipos en terreno. (Debe acreditarse su necesidad para el desarrollo de la actividad). **TOTAL:****(\*) El desglose de este presupuesto debe ser razonado y detallado** |

**(Continúa en la página siguiente)**

**PRESENTACIÓN RESUMIDA DEL CV DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DE TRES COLABORADORES DESTACADOS DEL EQUIPO, DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (datos personales, profesionales y académicos; proyectos de investigación; publicaciones)**

|  |
| --- |
|  |

**(Continúa en la página siguiente)**

**CRONOGRAMA**