

**IMPRESO PARA LA SOLICITUD DE BECAS DE LA SOCIEDAD DE
MEDICINA INTERNA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (SMICV) (*)**

Este documento debe imprimirse, rellenarse y enviarse posteriormente por correo electrónico (CC: secretariatecnica@smicv.org, secretari@smicv.org, president@smicv.org) y por **correo postal a la siguiente dirección:**

Dr. Manuel Arnal Babiloni
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario La Plana
Carretera Burriana s/n
12540 Vila-real

Datos

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F.: _____

Domicilio particular: _____

Ciudad: _____ C.P. _____ Tfno: _____

Dirección profesional (indique el cargo, servicio y hospital)

Hospital:

Servicio: **Servicio de Medicina Interna**

Dirección: _____

Ciudad: _____ C.P. _____

Tfno: _____ Fax: _____

E-mail: _____



Secretaría Técnica

S & H Medical Science Service
C/ Espronceda, 27 Entrepant
28003 Madrid
Telf. 91 5357183 Fax. 91 554 41 14
secretariatecnica@smicv.org

Especialidad Médica: **Medicina Interna** Titulación académica:

Si es Residente. Año de Residencia:

Datos bancarios del solicitante:

IBAN: Entidad: Oficina: Dígito de Control:

Nº de cuenta:

Dirección postal:

Fecha y firma:

CREYENDO CUMPLIR LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA, SOLICITA LA CONCESIÓN DE LA BECA DE INVESTIGACION DE LA SMICV

Se acompaña la presente solicitud de la documentación siguiente:

1. Informe del director del centro haciendo constar que es Médico Internista que tiene autorización para poder realizar el trabajo de investigación.
2. Informe favorable de la Comisión de Investigación del Centro.
3. Curriculum vitae.
4. Proyecto de investigación.
5. La comunicación de la resolución de las becas se realizará en el plazo de un mes a partir de la finalización de la presentación de solicitudes.

(*) Para optar a estas ayudas el solicitante debe ser socio de SMICV y estar al corriente del pago de las cuotas.



Secretaría Técnica

S & H Medical Science Service

C/ Espronceda, 27 Entrepanta

28003 Madrid

Telf. 91 5357183 Fax. 91 554 41 14

secretariatecnica@smicv.org

 <small>Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana</small>	SOLICITUD DE BECA DE INVESTIGACION DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
A MEMORIA CIENTIFICO-TÉCNICA	
INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL PROYECTO INVESTIGADORES COLABORADORES: .	
TÍTULO DEL PROYECTO	
Memoria científico-técnica y presupuesto del proyecto de investigación para toda la duración del proyecto, distribuido por anualidades.	
1- INTRODUCCIÓN	
2- JUSTIFICACIÓN	
3- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .	
4- DISEÑO	
5- MATERIAL Y MÉTODOS	
6- PLAZOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	
DURACION Y FASES PREVISTAS	
Duración estimada del estudio:	
7- PRESUPUESTO	
€	



Secretaría Técnica

S & H Medical Science Service
C/ Espronceda, 27 Entrepant
28003 Madrid
Telf. 91 5357183 Fax. 91 554 41 14
secretariatecnica@smicv.org

DECLARACIÓN

Declaro que no se dispone de otras ayudas para la realización de este proyecto.

8- BIBLIOGRAFÍA

Valencia a _____ de _____ 2019
Investigador responsable del proyecto

Firma: