

 <b>FUNDACIÓN del HOSPITAL NACIONAL de PARAPLÉJICOS</b> Fecha Rev: 12.11.2020	<b>ANEXO 12</b> SOLICITUD GESTIÓN PROYECTOS	N/Ref: _____
		GP: _____

Remita este documento a la dirección de correo electrónico: [ugihnp@externas.sescam.jccm.es](mailto:ugihnp@externas.sescam.jccm.es)

DATOS DEL SOLICITANTE	
Investigador Principal	
Datos contacto (email/tfno.)	
Grupo/Unidad solicitante	
Título de la propuesta/Acrónimo	
Entidad financiadora	
Referencia convocatoria	
Fecha cierre convocatoria	

Marque una de las siguientes opciones.

<b>MODO FINANCIACIÓN</b>	<b>NATURALEZA DEL PROYECTO</b>	<b>INICIATIVA</b>
Público Privado	Regional Europea	Nacional Internacional
		Competitiva No competitiva

Marque una de las siguientes opciones.

ÁREA DE GESTIÓN		
Proyecto de Investigación Comunicación Donación Premios	Ensayo Clínico	¿Coordina la propuesta? Sí No
	Integración Convenio/Contrato	

Indique presupuesto estimado.

<b>PRESUPUESTO ESTIMADO</b>
% Coste indirecto:

*En todos los proyectos gestionados por la Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos se aplicará un 10% de costes indirectos en concepto de gastos de gestión excepto en aquellas convocatorias en los que el porcentaje de coste indirecto ya esté establecido.*

Indique si existe cofinanciación por parte de la Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos y en su caso, el importe.

COFINANCIACIÓN	
No	
Sí	Cantidad a cofinanciar: _____ €

Vº Bº Director/a-Gerente del Centro de Ejecución	Vº Bº Director de la Fundación HNP	Investigador Principal
Fdo:	Fdo:	Fdo:

<b>Lugar y Fecha</b>	
----------------------	--