**Proyecto Institucional de Apoyo a la Investigación e Innovación 2024**

**INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA PARA PROFESIONALES SANITARIOS FIIB HUIS HHEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEMORIA DE ACTIVIDAD** | **REF.** | *(A rellenar por la Fundación)* |
| **PUNTOS** | *(A rellenar por la Fundación)* |

|  |
| --- |
| **Línea de investigación en la que se enmarca su actividad investigadora** |
|  |
| **Objetivos y Plan de trabajo que pretende desarrollar durante la intensificación (máximo 2 página)** |
|  |
| **Indicación de la actividad asistencial sobre la que se solicita exención y propuesta de sustitución** **asistencial** |
|  |

|  |
| --- |
| **Firma del solicitante:****Fecha:** |