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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORME JEFE DE SERVICIO / SECCIÓN** | **REF.** | *(A rellenar por la Fundación)* |

|  |
| --- |
| **CANDIDATO** |
| **Nombre y Apellidos** |  |
| **Hospital**  |  |
| **Puesto o categoría laboral** |  |

|  |
| --- |
| **Actividad asistencial que desempeña** |
|  |
| **Dedicación a otras actividades (ej. profesor asociado de ciencias de la salud, actividades de gestión o de investigación) que estén establecidas dentro del horario laboral** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | , como Jefe del Servicio/Sección de |
|  |
| doy mi aprobación al candidato cuyos datos figuran en el presente informe para que pueda optar a la actuación de intensificación de la actividad investigadora de la Fundación y garantizo que, en caso de concesión, velaré para que se realice la contratación de un suplente cuyo perfil se adapte al del profesional intensificado, de manera que la calidad asistencial en ningún caso se vea disminuida. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma del Jefe de Servicio / Sección**:**Fecha**: |  | **Vº Bº del Director Gerente**:(sólo en caso de concesión)**Fecha**: |