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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTENSIFICADO** | | | | |
|  | | | | |
| **CENTRO** |  | | **CARGO** |  |
| **PERIODO DE INTENSIFICACIÓN** | |  | | |

|  |
| --- |
| **Actividad científica realizada por el profesional intensificado** |
|  |
| **Resultados obtenidos durante el periodo de liberación dedicado a la investigación** |
|  |
| **Artículos publicados, en revisión o en fase de elaboración fruto de la actividad investigadora desarrollada durante el periodo de intensificación** |
|  |
| **Presentaciones en congresos** |
|  |
| **Presentación de proyectos a convocatorias en concurrencia (públicas o privadas)** |
|  |
| **Cualquier otra contribución o actividad que demuestre el impulso a la actividad investigadora del profesional intensificado** |
|  |

**VALORACIÓN DE LA ACTUACIÓN**

|  |
| --- |
| **Valoración personal sobre la efectividad o no de la medida objeto de esta actuación intensificadora** |
|  |
| **Valoración personal sobre el grado de cumplimiento de la calidad asistencial** |
|  |

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