**INTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO**

La propuesta se debe presentar **como mínimo** 1 día antes del inicio de la actividad y dicha fecha de inicio debe ser posterior, por lo menos en un día, a la fecha de la resolución de la convocatoria. En el caso de presentar una prórroga, contemplada en la convocatoria, este debe presentarse **como mínimo** 15 días antes de la finalización del contrato que se prorroga.

La navegación entre los diferentes campos del formulario debe hacerse utilizando la tecla de tabulación.

En los campos así indicados, pulsando la tecla F1 se visualiza información adicional.

Es conveniente indicar al final de la primera página del formulario la persona de contacto y el correo electrónico de la misma, para solucionar pequeñas incidencias de manera rápida.

La prórroga se marcará siempre y cuando esta propuesta sea la continuación de un contrato existente y se inicie al día siguiente de la finalización del actual.

Si la titulación del contratado es la de DOCTOR se tendrán que cumplimentar además los campos situados al final de formulario.

En el campo COSTE TOTAL PARA EL PROYECTO debe indicar dicha cantidad, que será la suma del sueldo bruto, las cuotas patronales y el finiquito correspondiente. Este dato, si lo desconoce, se puede obtener en la Sección de Investigación. 95 448 8126 maitep@us.es o pepiarias@us.es

Para cualquier aclaración en la cumplimentación del impreso puede dirigirse, además de los teléfonos ya indicados, al Servicio de Fiscalización y Pagos, Unidad de Pagos de Personal (95 448 8107) jesusgomez@us.es o regla@us.es

Documentación a aportar

* Fotocopia DNI o NIE
* Fotocopia Tarjeta Seguridad Social
* Fotocopia del título de doctor, licenciado, diplomado o graduado.
* Modelo 145 de la Agencia Tributaria.



**SOLICITUD DE CONTRATACIÓN PARA LA**

**REALIZACIÓN DE UN PROYECTO ESPECÍFICO**

**DE INVESTIGACIÓN**

 **Responsable:**

 **Contratado:**

 **Referencia Convocatoria**

  **Fecha Convocatoria**

 **Nuevo Contrato** **[ ]**

 **1ª Prorroga** **[ ]**

 **2ª Prorroga** **[ ]**

 **3ª Prorroga** **[ ]**

 **4ª Prorroga** **[ ]**

En caso de necesitar alguna aclaración o detalle complementario de la presente Propuesta de Contratación, deben ponerse en contacto con:

NOMBRE

CORREO ELECTRONICO TELEFONO

**DATOS DEL PROYECTO**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

**REFERENCIA PROYECTO:** **Pulsar F1 para Ayuda**

**ORGANISMO FINANCIADOR:**

**TITULO DEL PROYECTO:**

 **ORGANICA Y NÚMERO PROYECTO:** **Pulsar F1 para Ayuda**

**DATOS DEL CONTRATADO/A**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**D.N.I/N.I.E.:**

**TITULACIÓN:**       (Si es DOCTOR ver final de página 3)

**CATEGORIA PROFESIONAL:** **Pulsar F1 para Ayuda Nº AFILIACIÓN S.S.**

**FECHA DE NACIMIENTO:**       **LUGAR DE NACIMIENTO:**

**DOMICILIO PARTICULAR:**

**LOCALIDAD:**       **C.P.:**

**CENTRO DE TRABAJO:**

**DEPARTAMENTO:**

**TELÉFONO CONTACTO:**       **E-MAIL:**

**FECHA INICIO CONTRATO:**       **FECHA FIN CONTRATO:**

**COSTE TOTAL PARA EL PROYECTO:** **Pulsar F1 para Ayuda**

|  |  |
| --- | --- |
| **EL RESPONSABLE DEL CRÉDITO** | **AREA DEL INVESTIGACIÓN** |
|  | CERTIFICO: Que existe crédito suficiente en la aplicación presupuestaria arriba indicada para el pago que se propone |
| **Fdo.:**       | **Expte. y Aplicación:** |

**DATOS ESPECIFICOS DE LA CONTRATACIÓN**

**CONTRATAR COMO: PERSONAL INVESTIGADOR** **[ ]  PERSONAL DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN** **[ ]**

**LABORES A REALIZAR(4):****Pulsar F1 para Ayuda**

**JORNADA COMPLETA (37,50 Horas/semana)** **[ ]  TIEMPO PARCIAL** **[ ]**

**DEDICACIÓN HORARIA SEMANAL PARA TIEMPO PARCIAL:** **Pulsar F1 para Ayuda**

**HORARIO DIARIO:**

**DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD**

El que suscribe declara que no percibe en la actualidad alguna beca o ayuda financiada con fondos públicos o privados españoles o comunitarios, así como sueldos o salarios que impliquen vinculación contractual o estatutaria, y que son ciertos los datos indicados y **FIRMO** la presente declaración.

 Firmado y Conforme con la declaración realizada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de estar afectado por incompatibilidad, debe aportar la Petición de Compatibilidad para poder iniciar el trámite, y por lo tanto **NO FIRMAR** la presente declaración.

**DATOS RETRIBUTIVOS**

 **ENTIDAD:** **Nombre de la entidad**

 **SUCURSAL** **dirección, población y código postal**

 **CODIGO IBAN (24 DÍGITOS OBLIGATORIOS)**

**0000 0000** **0000** **00** **0000000000**

Fecha:22/02/2017 Firmado por el/la Contratado/a:

**DATOS TITULO DE DOCTOR**

 **EN CASO DE POSEER LA TITULACION DE DOCTOR CUMPLIMENTAR OBLIGATORIAMENTE**

 **UNIVERSIDAD DONDE OBTUVO LA TITULACIÓN**

 **PAIS**

 FECHA LECTURA TESIS       FECHA EXPEDICION TITULO DOCTOR       dd/mm/aaaa