Investigador/a principal:

Título del proyecto:

# Investigador/es principal/es

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | | **DNI** | **FIRMA DE**  **ACEPTACIÓN 1** |
| IP1 |  |  |  |
| IP2 |  |  |  |

Todos los miembros arriba firmantes,

CONSIENTEN en participar en el proyecto mencionado y autorizan el tratamiento automatizado y publicidad de los datos consignados en la solicitud con fines de gestión y tramitación de la misma.

Y DECLARAN QUE conocen las limitaciones de participación y compatibilidad establecidas en la convocatoria 2025 de Proyectos de Desarrollo Tecnológico en Salud. Acción Estratégica en Salud (ISCIII).

1 La firma de aceptación puede ser manuscrita o electrónica, debiendo ser del mismo tipo para todos los firmantes del documento

Investigador/a Principal:

Título del Proyecto:

Modalidad Proyecto:

# Participantes en el equipo de investigación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **DNI** | **FIRMA DE ACEPTACIÓN 1** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Todos los miembros arriba firmantes,

CONSIENTEN en participar en el proyecto mencionado y autorizan el tratamiento automatizado y publicidad de los datos consignados en la solicitud con fines de gestión y tramitación de la misma.

Y DECLARAN QUE conocen las limitaciones de participación y compatibilidad establecidas en la convocatoria 2024 Proyectos de Desarrollo Tecnológico en Salud del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2024-2027. Acción estratégica de Salud.

1 La firma de aceptación puede ser manuscrita o electrónica, debiendo ser del mismo tipo para todos los firmantes del documento.