****

**Documento de solicitud de Ayudas a la Innovación en Fisioterapia**

**Colegio de Fisioterapeutas del País Vasco**

|  |
| --- |
| Indicaciones para rellenar el siguiente formulario:   * Formato: Letra Calibri, 11; interlineado de 1,5. * Cada apartado no debe exceder el número de palabras indicado. * Las referencias deberán indicarse indicando el número en el texto y en formado Vancouver. * Subir dicho documento en PDF mediante el Google forms disponible en la web del COFPV indicando el nombre de archivo descrito en las bases. |

**APARTADO Nº 1. INFORMACIÓN GENERAL Y VISTO BUENO**

**DATOS DEL PROYECTO**:

**Duración:**

Nº Total de Investigadores:

Proyecto multicéntrico (sí / no):

**DATOS PERSONALES DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección Postal:

Código Postal: E-Mail:

Teléfono:

**DATOS PROFESIONALES DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

Titulación Académica:

Grado Académico:

Número de colegiación:

Organismo, centro o entidad donde trabaja actualmente:

Departamento / Servicio:

Dedicación laboral:

Dirección Postal:

Código Postal: E-Mail:

Teléfono:

**DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS**

**Como Investigador principal, declaro:**

1.- Que son ciertos los datos cumplimentados en esta solicitud.

2.- Que me comprometo a cumplir con los requisitos y condiciones establecidos en la convocatoria.

3.- Que no tengo ningún conflicto de interés con la temática del estudio propuesta.

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

**VISTO BUENO DIRECTORES DE SERVICIO Y/O DEPARTAMENTO**

En el caso de que el Investigador Principal trabaje en una fundación, instituto de investigación, centro universitario, o centro sanitario o similares, se requerirá el visto bueno de la persona al cargo del centro, servicio, unidad o departamento.

Vº Bº del/la directora/a de Servicio, unidad y/o departamento:

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

**APARTADO Nº 2. EQUIPO INVESTIGADOR**

Excluir al Investigador Principal.

Nombre y Apellidos:

DNI:

Número de colegiación:

Titulación académica: Especialidad profesional:

Categoría laboral: Centro de trabajo:

Firma conformidad:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Número de colegiación:

Titulación académica: Especialidad profesional:

Categoría laboral: Centro de trabajo:

Firma conformidad:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Número de colegiación:

Titulación académica: Especialidad profesional:

Categoría laboral: Centro de trabajo:

Firma conformidad:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Número de colegiación:

Titulación académica: Especialidad profesional:

Categoría laboral: Centro de trabajo:

Firma conformidad:

Nombre y Apellidos:

Número de colegiación:

DNI:

Titulación académica: Especialidad profesional:

Categoría laboral: Centro de trabajo:

Firma conformidad:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Número de colegiación:

Titulación académica: Especialidad profesional:

Categoría laboral: Centro de trabajo:

Firma conformidad:

**APARTADO Nº 3. MEMORIA CIENTÍFICA**

**3.1. RESUMEN** *(Máximo 250 palabras. Objetivos y metodología del proyecto)*

**3.2. ANTECEDENTES Y CONTEXTUALIZACIÓN** *(Máximo 250 palabras)*

**3.3. BIBLIOGRAFÍA**

*(Máximo ½ hoja; incluir solo las citas más relevantes)*

**3.4. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

*(Máximo ½ hoja)*

**3.5. MÉTODOS**

*(Máximo1 hoja.* *Descripción de la metodología, las fases del proyecto y los recursos técnicos y humanos requeridos)*

**3.7. IMPACTO Y APLICABILIDAD**

*(Máximo ½ hoja. Beneficios esperados en la práctica fisioterapéutica; Potencial de implementación clínica; Impacto en la calidad de vida de los pacientes)*

**3.8. VIABILIDAD TÉCNICA Y ECONÓMICA**

*(Máximo ½ hoja. Presupuesto detallado; Fuentes de financiación adicionales (si existen); Justificación del uso de los fondos solicitados)*

**3.9. EXPERIENCIA Y CAPACIDAD DEL EQUIPO SOLICITANTE**

*(Máximo ½ hoja. Indicar la formación, trayectoria en proyectos similares, colaboración con entidades reconocidas.)*

**3.10. COLABORACIÓN CON CENTROS, EMPRESAS O ENTIDADES CON EXPERIENCIA EN DESARROLLO TECNOLÓGICO** *(Máximo ½ hoja. Indicar la empresa colaboradora, sus características y experiencia en el ámbito)*

**3.10.** **SOSTENIBILIDAD Y APLICABILIDAD A LARGO PLAZO, CRONOGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS**

*(Máximo 1 hoja. Cronograma del plan de trabajo, capacidad de mantenimiento a largo plazo, integración en el entorno sanitario o académico, viabilidad de implementación.)*

**APARTADO Nº 4. MEMORIA ECONÓMICA**

**4.1. DESGLOSE DEL PRESUPUESTO SOLICITADO** *(En euros)*

**SERVICIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Importe** |
|  |  |
| **Subtotal** |  |

**MATERIAL INVENTARIABLE (INSTALACIONES Y EQUIPOS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Importe** |
|  |  |
| **Subtotal** |  |

**MATERIAL FUNGIBLE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Importe** |
|  |  |
| **Subtotal** |  |

**VIAJES Y DIETAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Importe** |
|  |  |
| **Subtotal** |  |

**OTROS GASTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Importe** |
|  |  |
| **Subtotal** |  |

|  |
| --- |
| **TOTAL SOLICITADO (en Euros):** |