****

**Documento de solicitud de Ayudas a la Investigación 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**:

**Título:**

**Tipo:** marcar con una X o subrayar la opción

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Intervención | * Observacional | * Cualitativo o mixto |
| * Diseño y/o validación | * Revisión sistemática | * Otro (especificar): |

**Duración:**

Nº Total de Investigadores:

Presupuesto solicitado (euros):

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 DEPARTAMENTOS**

En el caso de que el Investigador Principal trabaje en una entidad o centro asistencial, club deportivo, institución académica 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. Se desestimarán aquellos proyectos en los cuales alguno de los investigadores incurra en cualquiera de las incompatibilidades mencionadas en las bases del proyecto. El número de investigadores colaboradores, su dedicación y la proporción de fisioterapeutas en el equipo deberá ser el suficiente para garantizar la viabilidad completa del proyecto.

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 ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

*(Máximo 2 hojas. El esfuerzo de síntesis lo debe hacer Ud., no el revisor)*

**3.3. BIBLIOGRAFÍA**

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

**3.4. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

*(Máximo ½ hoja)*

**3.5. OBJETIVOS CONCRETOS**

*(Máximo ½ hoja)*

**3.6. MÉTODOS**

*Máximo 4 hojas. Según el diseño del estudio, se deberán indicar cada uno de los siguientes apartados indicándolos como subtítulos en negrita:*

* ***Intervención****: Diseño del estudio; Población (criterios inclusión / exclusión; aspectos éticos); Detalle del grupo intervención y grupo control; Variables; Instrumentos de medida; Cálculo de la muestra; Aleatorización; Enmascaramiento; Análisis estadístico. En caso de tener un número de registro del estudio, por favor, indicadlo.*
* ***Observacional****: Diseño del estudio; Población (criterios inclusión / exclusión; aspectos éticos); Variables; Instrumentos de medida; Cálculo de la muestra; Sesgos; Análisis estadístico.*
* ***Cualitativo******o******mixto****: Diseño del estudio; Población (criterios inclusión / exclusión; aspectos éticos); Características del investigador; Contexto de investigación; Método de recogida de datos; Instrumentos de medida; Método de procesamiento de datos; Análisis estadístico.*
* ***Diseño******y/o******validación****: Diseño del estudio; Población (criterios inclusión / exclusión; aspectos éticos); Variables; Instrumentos de medida; Cálculo de la muestra; Proceso de recogida de datos; método de análisis estadístico.*
* ***Revisión******sistemática****: Protocolo de revisión; Criterio de elegibilidad (esquema PICO); Bases de datos; Estrategias de búsqueda; Selección de estudios; Variables; Instrumento y análisis de calidad (riesgo de sesgos); Proceso de extracción de datos; Método de análisis previsto.*
* ***Desarrollo tecnológico o innovación en salud****: Diseño del estudio; Contexto de la investigación; Descripción del producto tecnológico o metodología innovadora; Población de estudio; Indicadores y outcomes; Plan de trabajo; Relevancia y aplicabilidad; Medios disponibles*
* ***Otro*** *(especificar):*

**3.7. LIMITACIONES POTENCIALES**

*(Máximo ½ hoja)*

**3.8. CRONOGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS**

*(Máximo ½ hoja. Incluir las etapas de desarrollo del plan de trabajo y la distribución de tareas)*

**3.9. EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA**

*(Máximo ½ hoja. Explicar la experiencia previa del equipo)*

**3.10 RIESGOS ESPERADOS**

*(Máximo ½ hoja. Según diseño, se precisa constar los posibles riesgos de la implementación del proyecto y los mecanismos de mitigación)*

**3.11 POTENCIAL APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS**

*(Máximo ½ hoja. Breve explicación del impacto y beneficio de esta investigación para la sociedad, salud pública y la fisioterapia)*

**3.12 PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

*(Máximo ½ hoja. Exponer la estrategia específica de divulgación a la comunidad científica y la sociedad)*

**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):** |

**4.2. JUSTIFICACIÓN DE LA AYUDA SOLICITADA**

*(Máximo ½ hoja)*

**4.3. COFINANCIACIÓN**

*(Máximo ½ hoja. Hacer constar cualquier ayuda recibida en fases anteriores o que disfrute aún en la actualidad)*

*El proyecto, el investigador principal o algún colaborador ya dispone de financiación o recientemente ha sido presentado a otras Agencias financiadoras (públicas o privadas):*

* *Sí*
* *No*

*En caso afirmativo, indicar entidad, duración y cuantía concedida o solicitada:*

**4.4. INSTALACIONES Y DISPOSITIVOS YA DISPONIBLES PARA EL PROYECTO**

*(Máximo ½ hoja. Indicar con las instalaciones y equipos que dispone el equipo)*

**APARTADO Nº 5. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA  
DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC)**

*Es obligatorio adjuntar dicha autorización o en su defecto, un documento que certifique de que el proyecto ha sido presentado a dicho Organismo. En los proyectos multicéntricos (en los que participen 2 o más centros distintos) debe adjuntarse la autorización de todos y cada uno de los centros participantes), o del CEIC autonómico o nacional que avale la investigación en todos ellos.*

**Aviso legal:** Todos los datos personales recibidos serán recogidos con la finalidad de participar en las ayudas y tratados conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD-GDD) y demás normativa que la desarrolla. La base jurídica del tratamiento es su consentimiento para la finalidad de tramitar su solicitud para la convocatoria de esta ayuda a la investigación La responsabilidad de tratamiento de los mencionados datos corresponde al COFPV. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición o limitación del tratamiento enviando una solicitud por correo electrónico a cofpv@cofpv.org o por escrito a la sede ubicada en c/ Ibarrekolanda nº 15 bajo Bilbao 48015 (Bizkaia).