**ANEXO 5. Solicitud de Adhesión al Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante para Residentes**

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: Nombre:

NIF:

Institución / Centro de Trabajo:

Especialidad: Categoría profesional:

Correo electrónico: Teléfono:

**Adscripción a un programa de doctorado**

🞏 No 🞏 Si **🡪** En caso afirmativo, indicar la Universidad**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Año de inicio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modalidad:** 🞏 Completa 🞏 Parcial

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Y OBJETO DE LA SOLICITUD

**Expone que**

El Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL) se concibe como una estructura funcional de investigación biomédica de excelencia multidisciplinar y traslacional orientada a la investigación básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud, que radica en el Hospital General Universitario de Alicante.

ISABIAL, entre otros, persigue potenciar la colaboración y cooperación entre centros y grupos de investigación con el fin de fomentar la investigación básica, clínica, tecnológica, epidemiológica y de servicios en salud.

El/la interesado/a realiza actividades de investigación biomédica y/o sanitaria y cumple los requisitos establecidos para su incorporación.

La integración de un/a investigador/a en ISABIAL es un proceso voluntario y revocable que en ningún caso modifica la dependencia orgánica y laboral del investigador/a.

**Solicita que**

Se acepte su adhesión como investigador a ISABIAL, para lo que cuenta con la autorización de su institución/centro de trabajo, tal y como se refleja en el Anexo 1.A o 5.A de este documento, adscribiéndose al Instituto a título individual, a un grupo de investigación existente, de acuerdo a lo indicado en el Anexo 5.B.

CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS (al menos uno)

* **Figurar como autor en al menos una publicación en una revista indexada (Med-Line, IME, IBECS, etc.):**

**AU7. Autores:**

**TI7. Título:**

**RE7. Revista** (Nombre, Año, Volumen, Número, Página inicial y Página final):

**TP7. Tipo de publicación:**  1.Artículo 2.Revisión 3.Editorial 4.Carta Director 5.Caso Clínico

**IN7. Institución Autor Principal**: 1. Departamento Salud 2. UMH 3. UA 4. Otros

**APC7. Autor Principal según Carlos III:** 1.Si (Primero, Ultimo o Correspondencia) 2.No

**API7. Autor Principal según Instituto:** 1.Si (Primero, Segundo, Ultimo o Correspondencia) 2.No

**FI7. Factor de impacto**:

**DE7. Decil 1º:** 1. Si 2.No

**CU7. Cuartil:** 1.Cuartil1º 2.Cuartil2º 3.Cuartil3º 4.Cuartil4º 5.Indexado pero No JCR.

**TE7. Tercil:** 1.Primero 2.Segundo 3.Tercero

**OI. Colabora con otra institución**: 1. Si 2.No

**AP. Colaboración Atención Primaria** (algún autor trabaja en Primaria): 1. Si 2.No

**EN. Colaboración Enfermería** (algún autor es personal de Enfermería): 1. Si 2.No

* **Figurar como autor principal (primero o segundo) en al menos una comunicación a Congresos Nacionales o Internacionales o figurar como autor en al menos dos comunicaciones a Congresos Nacionales o Internacionales:**
* **Autores**:
* **Título**:
* **Nombre Congreso**:
* **Lugar y fecha de celebración**:
* **Tipo**: 1. Oral 2. Poster
* **Haber realizado o estar realizando un Máster:**

**MA15. Máster**:

**IN15. Institución realización**:

**CU15. Curso:**

* **Estar matriculado en un Programa de Doctorado:**

**TI14. Título:**

**DI14. Director:**

**DE14. Departamento:**

**UN14. Universidad**: 1. UMH 2. Alicante 3. Otras

**CU14. Curso:**

**EU14. Doctorado Europeo**: 1.Si 2.No

**EX14. Programa Doctorado Excelencia**: 1.Si 2.No

* **Haber participado o estar participando como investigador principal o colaborador en un proyecto de investigación financiado en concurrencia competitiva (local, autonómico o nacional):**

**EX1. Expte:**

**TI1. Título:**

**FF1. Fuente financiación:**

**DU1. Duración del proyecto:**

**IP1. IP:**

**LT1. Lugar trabajo IP:** 1. Departamento Salud 2. UMH 3. UA 4. Otros

**AI1. Adscrito al Instituto el IP:** 1. Si 2. No

**IC1. IC:**

**AC1. Año de concesión:**

**IM1. Importe concedido**:

**OI. Colabora con otra institución**: 1. Si 2.No

**AP. Colaboración Atención Primaria (IP o algún IC trabajan en Primaria)**: 1. Si 2.No

**EN. Colaboración Enfermería (IP o algún IC son personal de Enfermería)**: 1. Si 2.No

En …, a … de … de 20…

Firma

CONSEJO DE GOBIERNO DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE

**ANEXO 5.A. Autorización del Tutor/a**

D. / Dª. [Nombre y apellidos], Tutor/a de la Especialidad [Nombre de Especialidad] del Departamento de Salud de Alicante - Hospital General,

**AUTORIZA**

La adhesión como investigador/a al Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL) de D. / Dª. [Nombre y apellidos], con DNI [Número], quien realiza la Residencia bajo mi supervisión y se encuentra vinculado/a con el Departamento de Salud de Alicante-Hospital General.

Dicha integración es un proceso voluntario y revocable que en ningún caso modifica la dependencia orgánica y laboral del investigador/a.

El investigador incluido en esta autorización solicitará su adhesión a un grupo de investigación existente en el seno de ISABIAL, de acuerdo a lo indicado en el Anexo 5.B.

Y para que así conste a los efectos oportunos y a petición del / de la interesado/a se emite la presente autorización.

En Alicante a [día] de [mes] de 2019.

Firmado Tutor/a

**ANEXO 5.B. Autorización del IP del Grupo de Investigación**

D. / Dª. [Nombre y apellidos], IP del Grupo de Investigación de ISABIAL señalado abajo,

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Investigación en Neurociencias |
|  | 1. Investigación en Enfermedades Infecciosas |
|  | 1. Investigación en Patología Cardiovascular |
|  | 1. Investigación en Traslocación Bacteriana e Inflamación en Enfermedades Digestivas |
|  | 1. Investigación en Otorrinolaringología Clínica y Experimental |
|  | 1. Investigación en Cáncer Colorrectal: prevención, diagnóstico y tratamiento |
|  | 1. Investigación Traslacional en Enfermedades Respiratorias |
|  | 1. Investigación en Diabetes y enfermedades metabólicas asociadas |
|  | 1. Investigación en Cáncer de Mama |
|  | 1. Investigación en Neurofarmacología aplicada al dolor |
|  | 1. Investigación en Alergias |
|  | 1. Investigación en Nefrología |
|  | 1. Investigación en Psicología Hospitalaria |
|  | 1. Investigación en Patología del Aparato Locomotor |
|  | 1. Investigación aplicada en Urología |
|  | 1. Investigación en Dermatología Médico-Quirúrgica |
|  | 1. Investigación en Neoplasias Ginecológicas |
|  | 1. Investigación Traslacional en Patología Médico-Quirúrgica Hispofisaria |
|  | 1. Investigación en Melanoma |
|  | 1. Investigación en dolor Musculoesquelético |
|  | 1. Investigación en Innovación en Cuidados Enfermeros |
|  | 1. Investigación Traslacional Neoplasias Pulmón |
|  | 1. Investigación Clínica en Pancreatología |
|  | 1. Investigación en Nutrición Clínica y HAD |
|  | 1. Investigación en Oftalmología |
|  | 1. Investigación en Atención Primaria |
|  | 1. Investigación Obstétricoginecológica y Reproducción |
|  | 1. Investigación en Transplante Hepático |
|  | 1. Investigación en Auditoría Quirúrgica |
|  | 1. Investigación en Biomedicina Aplicada |
|  | 1. Investigación en Receptores de Neurotransmisores Implicados en Analgesia y Patologías Extraneuronales |
|  | 1. Investigación en Epidemiologia de la Nutrición |
|  | 1. Investigación en Nutrición y Actividad Física para la Salud |
|  | 1. Enfermedades Raras |
|  | 1. Pediatría y Farmacología Clínica |
|  | 1. Hematología y Hematoterapia |
|  | 1. Investigación en Inmunobiología Hepática e Intestinal |
|  | 1. Investigación en Simulación e Innovación Clínica |

**AUTORIZA**

La adhesión como investigador/a de D. / Dª. [Nombre y apellidos], Residente, con DNI [Número].

Dicha integración es un proceso voluntario y revocable que en ningún caso modifica la dependencia orgánica y laboral del investigador/a.

Y para que así conste a los efectos oportunos y a petición del / de la interesado/a se emite la presente autorización.

En Alicante a [día] de [mes] de 2019.

Firmado IP Grupo Investigación

**ANEXO 5.C Autorización del Responsable para la Adhesión de Residente al Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante**

[A rellenar sólo si la persona responsable del Residente es distinta del IP del Grupo de Investigación al que se adhiere, quien ya firma el Anexo 5.B]

D. / Dª. [Nombre y apellidos], Jefe de Servicio / Sección / Unidad / Supervisor de [Nombre de Servicio/Sección/Unidad/Enfermería] del Departamento de Salud de Alicante - Hospital General,

**AUTORIZA**

La adhesión como investigador/a al Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL) de D. / Dª. [Nombre y apellidos], con DNI [Número], quien trabaja bajo mi supervisión y se encuentra vinculado/a mediante relación laboral o estatutaria con el Departamento de Salud de Alicante - Hospital General.

Dicha integración es un proceso voluntario y revocable que en ningún caso modifica la dependencia orgánica y laboral del investigador/a.

El investigador incluido en esta autorización solicitará su adhesión a un grupo de investigación existente en el seno de ISABIAL, de acuerdo a lo indicado en el Anexo 1.

Y para que así conste a los efectos oportunos y a petición del / de la interesado/a se emite la presente autorización.

En Alicante a [día] de [mes] de 2019.

FIRMADO: [Nombre y apellidos]

Jefe de Servicio/ Sección /Unidad Supervisor de [Nombre de Servicio/ Sección / Unidad / Enfermería]