**ANEXO II**

**Impreso de solicitud**

**SOLICITUD DE AYUDA DE MOVILIDAD INTERNACIONAL EN ÁREAS DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL CONVENIO CON LA FUNDACIÓN ROBLES CHILLIDA.**

**NOMBRE Y DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

|  |
| --- |
|  |
| **Correo electrónico de contacto:** |
| **Teléfono móvil de contacto:** |

 **ÁREA DE CONOCIMIENTO Y GRUPO DE INVESTIGACIÓN A LOS QUE PERTENECE**

|  |
| --- |
| **Nombre del Área de Conocimiento (Anexo I):** |
| **Código del Grupo de Investigación:** | **Nombre del Grupo de Investigación:** |

**MEMORIA DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA (Mínimo doscientas palabras, máximo mil palabras)**

|  |
| --- |
| **Título:** |
| **Centro de investigación:** |
| **Dirección:** |
| **Fechas de realización:** |
| **MEMORIA** (Memoria y cronograma de la actividad investigadora a realizar): |
| **ADECUACIÓN DEL CENTRO** (Justificación de la elección del centro de investigación relacionado con la actividad investigadora a desarrollar): |
| **ESTRATEGIA** (Estado del conocimiento en la materia y contribución del grupo de investigación): |
| **RESULTADOS** (Impacto de los resultados esperados): |

Declaro bajo mi responsabilidad que el periodo de estancia que se propone realizar no coincide con otro periodo financiado por cualquier otra entidad pública o privada

Murcia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE