# EXPRESIÓN DE INTERÉS PARA PROYECTOS MEDICINA PERSONALIZADA

# CONVOCATORIA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII)

Por favor, conteste las siguientes preguntas, en estas mismas hojas o en páginas adicionales.

Una vez cumplimentado hágalo llegar por mail a la dirección: [secretariatecnica@idipaz.es](mailto:secretariatecnica@idipaz.es)

|  |
| --- |
| 1. **Título del proyecto** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Resumen** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Investigador Principal (IP) - Coordinador** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nombre y apellidos** | **DNI** | **Centro** | **Grupo de IdiPAZ** | |  |  |  |  |     **Firma: Fecha:** |

|  |
| --- |
| 1. **Grupos que participan** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Grupo** | **Nombre y apellidos del IP del grupo** | **Centro** | **Grupo de IdiPAZ** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Indique si el proyecto se ha presentado a convocatorias previas. En caso afirmativo, indique las modificaciones introducidas** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | No |   Detalles: |

|  |
| --- |
| 1. **Indique el presupuesto aproximado a solicitar** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Detalle la adecuación a los objetivos de la convocatoria** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Existen empresas o entidades interesadas en el desarrollo** |
|  |

|  |
| --- |
| **VºBº del Director o IP del Grupo de Investigación** |
| **Firma: Fecha:** |