



# BECAS

Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

## RELACIÓN DEL EQUIPO DEL PROYECTO

ACRÓNIMO DEL PROYECTO:

**FIRMA DE  
CONFORMIDAD**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE DEL PROYECTO:</b>				<b>D.N.I.:</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		
<b>TITULACIÓN:</b>				<b>GRADO ACADÉMICO:</b>				
<b>CENTRO:</b>		<b>CLASE EMPLEO:</b>		<b>PERFIL PROFESIONAL:</b>				
<b>E-MAIL:</b>								

### INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR

- **TITULACIÓN:** Señalar la titulación académica junto con la especialización. En caso de disponer de varias, elegir la que esté más relacionada con el proyecto.
- **GRADO ACADÉMICO:** Señalar el grado máximo alcanzado a nivel académico. L = Licenciatura o diplomatura / D = Doctorado / M = Máster.
- **CENTRO:** Indicar el nombre del organismo, centro y unidad en la que presta los servicios el representante o colaborador del proyecto.
- **CLASE DE EMPLEO:** J = Jefe de servicio o sección / A = Adjunto / R = Residente / O = Otros tipos.
- **PERFIL PROFESIONAL:** Indicar las opciones que correspondan al perfil profesional del representante o colaborador del proyecto. S = Miembro de una Sociedad Médica de su área terapéutica / PN = Ponente congresos regionales o nacionales / PI = Ponente en congresos internacionales / G = Participación en guías de práctica clínica de su área terapéutica / EC = Investigador en estudios clínicos / I = Investigador/colaborador en otros proyectos de investigación no EC / S = Profesor en seminarios o cursos de su área terapéutica / U = Profesor universitario.

Es imprescindible que cada persona que formará del equipo del proyecto estampe su firma de conformidad, como expresión del compromiso adquirido.





# BECAS

Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

ACRÓNIMO DEL PROYECTO:

**FIRMA DE  
CONFORMIDAD**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 1:		D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:		
TITULACIÓN:		GRADO ACADÉMICO:				
CENTRO:	CLASE EMPLEO:	PERFIL PROFESIONAL:				
E-MAIL:						

**FIRMA DE  
CONFORMIDAD**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 2:		D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:		
TITULACIÓN:		GRADO ACADÉMICO:				
CENTRO:	CLASE EMPLEO:	PERFIL PROFESIONAL:				
E-MAIL:						

En caso de necesidad, este espacio puede ampliarse añadiendo hojas **pág.2bis**





# BECAS

Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

ACRÓNIMO DEL PROYECTO:

**FIRMA DE  
CONFORMIDAD**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 3:				D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:		
TITULACIÓN:				GRADO ACADÉMICO:				
CENTRO:		CLASE EMPLEO:		PERFIL PROFESIONAL:				
E-MAIL:								

**FIRMA DE  
CONFORMIDAD**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 4:				D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:		
TITULACIÓN:				GRADO ACADÉMICO:				
CENTRO:		CLASE EMPLEO:		PERFIL PROFESIONAL:				
E-MAIL:								

En caso de necesidad, este espacio puede ampliarse añadiendo hojas **pág.3bis**

