**ANEXO II-F**

|  |
| --- |
| **CERTIFICACIÓN DEL COSTE DE INTENSIFICACIÓN**  Ayudas a Proyectos de Investigación y Desarrollo en Salud.  Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Convocatoria 2024  Intensificación de la actividad investigadora |

D/Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Económico o de Recursos Humanos*) del centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (*hospital o comarca de atención primaria al que pertenece la persona a liberar (intensificar)*)

**CERTIFICA:**

Que la liberación de D/Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adscrita al IIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicitada en la *Convocatoria correspondiente al año 2024 de ayudas a proyectos de investigación y desarrollo en salud del Departamento de Salud*, se llevará a cabo en los siguientes términos:

|  |  |
| --- | --- |
| **% de la jornada anual para el que se pide liberación**  (*Ejemplo*: si la liberación ha sido de 1 día a la semana durante 1 año, equivale al 20% de la jornada anual completa; indicar ese %) | % |
| **Coste de la liberación solicitada** | € |

En , a de de 2024

FDO.

Responsable económico o de recursos humanos del centro