FUNDACIÓN del HOSPITAL NACIONAL de PARAPLÉJICOS	**SOLICITUD BAJA VOLUNTARIA**	IDISCAM INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CASTILLA LA MANCHA

Laboratorio/Grupo:	
Referencia proyecto:	

D./Dª.: _____, con DNI.: _____

COMUNICA

Su **RENUNCIA VOLUNTARIA** con fecha efectiva de _____a la beca/contrato de investigación de Ref: _____ con cargo al proyecto de investigación de título "_____", cuyo investigador principal es D./Dª.: _____, por las siguientes razones:_____ _____.

Lo que se comunica para su conocimiento y a los efectos oportunos

En_____, a_____ de _____ de 20___

EL CONTRATADO

Fdo.:_____

VºBº

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL PROYECTO

Fdo.:_____