
	ANEXO 3 Solicitud autorización cofinanciación	
---	---	---

Nº Ref de Anexo 1.:

Remita este documento a la dirección de correo electrónico: proyectos.fhnp@sescam.jccm.es

DATOS DEL SOLICITANTE	
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
GRUPO O UNIDAD SOLICITANTE	
TÍTULO DE LA PROPUESTA O ACRÓNIMO	
ENTIDAD FINANCIADORA	
CENTRO DE REALIZACIÓN	

CUANTÍA DE COFINANCIACIÓN	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">TOTAL</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">€</td> </tr> </table>		TOTAL	€												
TOTAL	€															
PARTIDA/S A COFINANCIAR	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Personal: salario bruto</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td>Personal: seguridad social</td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td>Indemnización fin de contrato</td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td>IVA</td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td>Costes indirectos</td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> </table>		Personal: salario bruto	€	Personal: seguridad social	€	Indemnización fin de contrato	€	IVA	€	Otros	€	Costes indirectos	€	TOTAL	€
Personal: salario bruto	€															
Personal: seguridad social	€															
Indemnización fin de contrato	€															
IVA	€															
Otros	€															
Costes indirectos	€															
TOTAL	€															
OBSERVACIONES																

AUTORIZACIONES	
INVESTIGADOR/A PRINCIPAL	DIRECTOR/A DE LA FUNDACIÓN HNP

Lugar y Fecha En _____ , a _____ de _____ de _____