



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Cofinanciado por
la Unión Europea

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS INTERNACIONALES DE
INVESTIGACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES
AVD. MONFORTE DE LEMOS, 5
28029 MADRID

<LOCALIDAD>, <DÍA> de <MES>, 202X>

D/Dña. <NOMBRE COMPLETO>, Representante Legal de <NOMBRE LEGAL DEL ORGANISMO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL FIRMANTE>, NIF <_____>,

CERTIFICA

Que el/la investigador(a) de atención primaria <NOMBRE COMPLETO DEL IP>, NIF <_____>, IP de la propuesta <ACRÓNIMO Y NOMBRE DE LA PROPUESTA EN LA QUE PARTICIPA EL IP>, para la convocatoria <NOMBRE INTERNACIONAL DE LA CONVOCATORIA (AÑO DE LA CONVOCATORIA)>, tiene vinculación funcional, estatutaria o laboral con la entidad de atención primaria <NOMBRE LEGAL DE LA ENTIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA>, participante de dicho proyecto.

Según lo especificado en la AES2024, este vínculo laboral del IP deberá mantenerse hasta la publicación de la resolución definitiva de concesión de la fase nacional. Cualquier modificación de la citada vinculación laboral, que se produzca con anterioridad a la fecha de publicación de la resolución definitiva de concesión, será notificada a estos efectos a esta misma oficina.

En _____, a _____ de _____ de 2024

<NOMBRE COMPLETO DEL FIRMANTE>
<CARGO DEL FIRMANTE>

<FIRMA ELECTRÓNICA>