|  |
| --- |
| **SOLICITUD PARA LA INCORPORACIÓN DE INVESTIGADORES DE LA UNIVERSIDAD DE BURGOS EN GRUPOS DE INVESTIGACIÓN DE OTRAS UNIVERSIDADES/INSTITUCIONES** |

***DATOS DEL INVESTIGADOR SOLICITANTE:***

**Nombre:**

**DNI:**

**Categoría:**

**Doctor:** **[ ]  Si** **[ ]  No**

**Área de Conocimiento:**

**Departamento:**

**Grupo de Investigación:**

**Teléfono:** **Correo electrónico:**

***DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN AL QUE DESEA ADHERIRSE:***

**Nombre:**

**Dedicación**:

**Coordinador**

**Universidad / Institución:**

Burgos, a ….. de …….de 2

Fdo.:

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, TRANSFERENCIA E INNOVACIÓN**