

FORMULARIO EXPRESIÓN INTERÉS  
PROYECTOS DE I+D+I EN SALUD  
CONVOCATORIA AES 2026

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII)

Por favor, conteste las siguientes preguntas, y una vez cumplimentado hágalo llegar **por e-mail a la dirección:** [convocatorias.fiibap@salud.madrid.org](mailto:convocatorias.fiibap@salud.madrid.org).

**Plazo envío formulario EXPRESIÓN INTERÉS:** 12 de febrero de 2026

1. Título del proyecto

2. Resumen

**3. Investigador Principal (IP)**

| Nombre y apellidos | DNI | Teléfono contacto | Centro |
|--------------------|-----|-------------------|--------|
|                    |     |                   |        |

**4. Investigadores colaboradores**

| Nombre y apellidos | DNI | Centro | Dirección Asistencial |
|--------------------|-----|--------|-----------------------|
|                    |     |        |                       |
|                    |     |        |                       |
|                    |     |        |                       |
|                    |     |        |                       |
|                    |     |        |                       |
|                    |     |        |                       |
|                    |     |        |                       |

**5. ¿Qué apoyo de la FIIBAP necesitaría para la preparación de la solicitud a esta convocatoria?**

**Fecha presentación formulario:**