



INNOVACIÓN EN GESTIÓN ENFERMERA

Convocatoria **2024**

Declaración de interés

Datos de la Institución	
Nombre:	
Dirección postal (calle, número, CP, localidad, provincia):	
Nombre completo de Director/a o máximo responsable de Cuidados:	
Correo electrónico:	
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:
Número de enfermeras en la institución:	
Nombre completo del/la Gerente o máximo responsable de la Institución:	
Fecha: Fdo.:	Fecha: Fdo.:
Director/a de Enfermería	Gerente/a de la Institución

Razones principales por las que desea ser candidato al Proyecto Nursing Research Challenge:

Enumerar los códigos de las recomendaciones que la institución está interesada en implantar y evaluar
<i>Criterio 2.1: Detección del Talento</i>
<i>Criterio 2.2: Formación</i>
<i>Criterio 2.3: Difusión del conocimiento</i>
<i>Criterio 2.4: Fomento de la investigación</i>
<i>Criterio 2.5: Recursos destinados</i>
<i>Criterio 2.6: Perspectiva del paciente</i>

