



INNOVACIÓN EN GESTIÓN ENFERMERA

Convocatoria **2026**

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 a continuación los códigos de las acciones que la institución está interesada en implantar y evaluar.

Criterio 2.1: Detección del Talento

Criterio 2.2: Formación

Criterio 2.3: Difusión del conocimiento

Criterio 2.4: Fomento de la investigación

Criterio 2.5: Recursos destinados

Criterio 2.6: Perspectiva del paciente

