



# 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 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

