**PROYECTOS DE INVESTIGACION EN SALUD**

**SOLICITUD DE MODIFICACION PRESUPUESTARIA**

1. Datos del proyecto:

**REFERENCIA:**

Entidad beneficiaria:

Centro:

Investigador/a principal :

Fecha de inicio del proyecto:

Fecha de finalización del proyecto:

Duración de la prórroga solicitada:

2. Justificación razonada de la necesidad de trasvase:

*Explique las razones por las que solicita el trasvase*

Firma del investigador principal )

Firma del representante legal

 Fdo.: Fdo.: