**COMPROMISO DE MANTENIMIENTO DE VINCULACIÓN CONSOLIDACIÓN INVESTIGADORA**

*(Cumplimentar únicamente en el caso de personal contratado con título de doctor que acredite vinculación con el centro de tres años desde el 31/12/21)*

D./Dña: “nombre director/a”

Director/a del Instituto “Indicar ICU”

ADQUIERE, por la presente el compromiso de financiar íntegramente, mediante fondos reconocidos y disponibles para tal fin en su Instituto, el importe del contrato de “nombre IP”, en el caso de que el contrato vigente en el momento de la solicitud no cubra la totalidad del periodo de la ayuda concedida.

D./Dña: “nombre gerente”

Gerente del Instituto “indicar ICU”

CERTIFICA por la presente, la existencia en su Instituto de recursos adecuados y suficientes para afrontar la financiación comprometida.

En a de 2022

D./Doña D./Doña

Fdo. Director/a del Instituto Fdo. Gerente del Institut