

SOLICITUD DE AYUDA A LA MOVILIDAD

DATOS DEL SOLICITANTE			
Primer apellido:	Segundo apellido:		
Nombre:	D.N.I.:		
Email:	Teléfono:		
Vinculación con CIBERNED: Seleccionar	Nº cuenta bancaria:		
DATOS DE LA ACTIVIDAD			
Grupo de origen:			
Grupo de CIBERNED:			
Provincia:	Centro de trabajo:		
Grupo que acoge la estancia:			
Grupo de CIBERNED:	Centro de trabajo:		
Grupo CIBER (especificar qué CIBER):			
Grupo Externo: :	Ciudad:		
Fechas de inicio y final de la estancia: al			
Nombre del responsable / tutor dentro del grupo de acogida:			
Carácter:	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Internacional	
PRESUPUESTO DE LA ESTANCIA			
Viaje:	Alojamiento:	Manutención:	TOTAL:
CUANTÍA SOLICITADA		CUANTÍA COFINANCIADA (EN SU CASO)	



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN

isc
Instituto
de Salud
Carlos III

ciber | NED

CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA EN RED
Enfermedades Neurodegenerativas

BREVE MEMORIA EXPLICATIVA DE LOS OBJETIVOS Y TAREAS A REALIZAR (máximo 800 palabras)

Empty box for the explanatory memorandum.

Fecha de solicitud:	Firma del solicitante:	Firma del IP:
Autorizado por: Fecha y firma	Cantidad aprobada:	

Dirección Científica: BIODONOSTIA - INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. ÁREA DE NEUROCIENCIAS
Paseo Dr. Begiristain s/n - Planta 1ª - 20014 San Sebastián - Guipúzcoa

Gerencia: Consorcio Centro Biomédica en Red. (CIBER) C/ Monforte de Lemos, 3-5. Pabellón 11.. C.P: 28029 Madrid
www.ciberned.es