

SOLICITUD DE AYUDA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FORMATIVA

| DATOS DEL SOLICITANTE | |
|--|--|
| Primer apellido: | Segundo apellido: |
| Nombre: | D.N.I.: |
| Email: | Teléfono: |
| Vinculación con CIBERNED: | Nº cuenta bancaria: |
| Grupo de CIBERNED: | |
| Provincia: | Centro de trabajo: |
| ACCIÓN FORMATIVA | |
| Denominación: | Modalidad: |
| Entidad formadora/organizadora: | Nº de horas : |
| Fechas de inicio y final al Lugar de impartición: | |
| Tipo de acción formativa: Seleccionar | |
| PRESUPUESTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA | |
| Inscripción/matricula: | Dieta: |
| Viaje: | Alojamiento: |
| CUANTÍA SOLICITADA | CUANTÍA COFINANCIADA (EN SU CASO) |
| | |

OBJETIVOS Y CONTENIDO DE LA ACCIÓN FORMATIVA (límite 800 palabras)

Fecha de solicitud:

Firma del solicitante:

Firma y nombre del IP:

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

Gerencia: COINSORCIO CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED (CIBER)
Instituto de Salud Carlos III | C/ Monforte de Lemos 3-5. Pabellón 11 | 28029 Madrid

| | |
|---|---------------------------|
| <p>Autorizado por:</p> <p>Fecha y firma</p> | <p>Cantidad aprobada:</p> |
|---|---------------------------|