

MEMORIA DE ACTIVIDAD FORMATIVA

Curso / Estancia

DATOS DEL ALUMNO	
Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	D.N.I.:
Email:	Teléfono:
Vinculación con CIBERNED:	Investigador Principal:
Grupo de CIBERNED:	
Provincia:	Centro de trabajo:
RESUMEN: (Objetivo, Ámbito del estudio, Conclusiones)	



OBJETIVOS CONCRETOS ALCANZADOS

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

Gerencia: CONSORCIO CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED(CIBER).
INSTITUTO DE SDALUD CARLOS III.

C/ Monforte de Lemos , 3-5. 28029 Madrid.

www.ciberned.es

OTRAS CONSIDERACIONES QUE DESEE HACER CONSTAR

Fecha y firma de Investigador principal

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

Gerencia: CONSORCIO CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED(CIBER).
INSTITUTO DE SDALUD CARLOS III.
C/ Monforte de Lemos , 3-5. 28029 Madrid.

www.ciberned.es