



Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia  
www.evidenciaencuidados.es



## ACEPTACION CENTRO RECEPTOR ESTANCIAS FORMATIVAS CECBE

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>															
NIF					APELLIDOS y NOMBRE										
Domicilio particular:															
Población							Provincia				Código Postal				
Teléfono					Correo electrónico										

<b>TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:</b>
<b>PERIODO DE DURACIÓN DE LA ESTANCIA:</b>
<b>CENTRO DE FORMACIÓN:</b>
<b>Dirección completa:</b>
<b>Departamento:</b>
<b>Unidad/Sección:</b>
<b>Nombre del tutor o responsable del solicitante durante la estancia:</b>
<b>Puesto del tutor o responsable del solicitante durante la estancia, en el centro de formación:</b>

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la dirección del centro receptor

Nombre del tutor o responsable del solicitante durante la estancia

(Los datos personales que aparecen en este documento sólo serán utilizados para los fines previstos en la correspondiente Convocatoria o para su tratamiento automatizado con fines estadísticos con las garantías previstas en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal).