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

MINISTERIO DE ECONOMÍA, INDUSTRIA Y COMPETITIVIDAD

Instituto de Salud Carlos III

ACEPTACIÓN CONDICIONES ESTANCIAS FORMATIVAS DEL CECBE

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE		
APELLIDOS:		
NOMBRE:		
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO (dd mm aaaa):	
DIRECCION PARTICULAR:		
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	

Acepto las condiciones de la convocatoria, y específicamente la realización de una memoria final y el desarrollo de un trabajo de trabajo de interés para el CECBE.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma (original) del solicitante

Declaro no haber recibido financiación específica de movilidad del CECBE

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma (original) del solicitante

(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).