

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE ESTANCIAS EN EL
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL 12 DE OCTUBRE i+12

Apellidos y Nombre (<i>del solicitante de la estancia</i>)	
NIF	Nacionalidad
Entidad de Origen	
Vinculación con la entidad de origen: <i>contrato de trabajo, beca, etc. En caso de beca, describirla (tipo, entidad financiadora, ...)</i>	
Motivo de la estancia (<i>describir brevemente los aspectos en los que realizará la formación</i>)	
Grupo de Investigación Receptor y Área a la que pertenece	
Servicio/Unidad del hospital donde realizará la estancia	
Duración de la estancia	
Responsable/tutor de la estancia formativa en el Instituto de Investigación i+12	

Documentación que se adjunta a esta solicitud*:

- Documento de identidad o pasaporte
- Curriculum vitae del solicitante
- Copia de la titulación académica o documentación acreditativa del nivel de estudios
- Documento justificativo de la entidad de origen avalando la estancia (1)
- Documentación justificativa de disponer de Seguro de accidentes y Asistencia Sanitaria, y Seguro de Responsabilidad Civil cuando corresponda (*Especificar los documentos que se aportan*) (2):

Fecha: _____

Vº Bº Jefe de Servicio/Unidad
Fdo:

Responsable Grupo Receptor
Fdo:

Firma solicitante
Fdo:

**En el momento de presentación de este formulario de SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN deberán presentarse los documentos originales*

(1) Documentos justificativos de la entidad de origen avalando la estancia:

- Copia íntegra del Convenio, Acuerdo o Contrato que exista entre el INVESTIGADOR EXTERNO y la entidad de procedencia.
- Credencial de becario en el caso de tener financiación pública.
- Anexos correspondiente a la realización de practicas externas curriculares y extracurriculares

(2) Documentación justificativa de disponer de Seguro de accidentes y Asistencia Sanitaria, y seguro de Responsabilidad Civil:

- Copia de la Poliza de Seguro de Accidentes
- Copia de la Tarjeta Sanitaria
- Copia de la Poliza de Seguros de Responsabilidad Civil
- En su defecto, carta del responsable del programa de formación en el que se especifique que la matrícula del programa incluye la contratación de un seguro de responsabilidad civil y de accidentes.

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Gestión de Procesos y resultados de investigación", cuya finalidad es la gestión de la actividad investigadora y recursos humanos de los grupos de investigación del Instituto de Investigación i+12. El órgano responsable del fichero es la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital 12 de Octubre. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo en la siguiente dirección: Hospital Universitario 12 de Octubre, Av. de Córdoba s/n Centro de Actividades Ambulatorias 6ª planta – Bloque D, 28041-MADRID, de todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.