**AYUDAS PARA LA FORMACIÓN E INNOVACIÓN AÑO 2023**

|  |
| --- |
|  **Formulario normalizado Formación** |

|  |
| --- |
| **Datos del solicitante** |
| **DNI:** |  |
| **Nombre:** |  |
| **Primer apellido:** |  |
| **Segundo apellido:** |  |
| **Categoría:**  |  |
| **Servicio/Unidad:** |  |
| **Hospital:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **Teléfono / Interfono:** |  |
| **Teléfono móvil:** |  |

**Datos de la formación / Seleccionar lo que corresponda**:

[ ]  Master [ ]  Curso [ ]  Otro

Título del master/curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro que lo imparte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de formación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuantía total solicitada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El solicitante declara que reúne los requisitos exigidos, que aporta los documentos requeridos dentro del plazo, y que acepta las normas y plazos contenidos por la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica del Hospital Universitario Infanta Leonor y del Hospital Universitario del Sureste.

**Documentación aportada:**

1. Solicitud en modelo normalizado. [ ]
2. CV del interesado (máximo 1 folio). [ ]
3. Breve memoria explicativa del proceso formativo a realizar y aplicación futura de la misma (máximo 1 folio). [ ]
4. Contenido del proceso formativo. [ ]
5. Identificación clara de la persona de contacto responsable en el centro formativo [ ]
6. Inicio proceso del 1 de enero de 2023 y finalizarse antes del 31 de diciembre de 2023 [ ]

En Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202.

El solicitante

Fdo. D./Dña.