

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA

ACRÓNIMO DEL PROYECTO:

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO A LA CONVOCATORIA DE BECAS EN CALIDAD ASISTENCIAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO Y CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO

TÍTULO DEL PROYECTO:

Duración estimada
(en meses):

Nº total de
colaboradores:

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR

- **TÍTULO DEL PROYECTO:** Debe ser breve y ajustado al contenido del proyecto.
- **DURACIÓN:** Número de meses de duración del proyecto.
- **NÚMERO TOTAL DE COLABORADORES:** Número total de profesionales que formarán parte del equipo del proyecto y participarán en el mismo.

REPRESENTANTE DEL PROYECTO (SOLICITANTE)

APELLIDOS:

NOMBRE:

NIF:

AÑO DE NACIMIENTO:

TITULACIÓN:

CLASE DE EMPLEO:

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR

Estos datos deben consignarse con claridad. Son de capital importancia por tratarse de la persona con la que, en caso de la concesión, se mantendrá un contacto permanente.

- **TITULACIÓN:** Señalar la titulación académica junto con la especialización. En caso de disponer de varias, elegir la que esté más relacionada con el proyecto.
- **CLASE DE EMPLEO:** J = Jefe de servicio o sección / A = Adjunto / R = Residente / O = Otros tipos.

CENTRO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS**NOMBRE:****CENTRO:****DEPT/SERV/UNID:****DIRECCIÓN: CALLE:****MUNICIPIO:****C.P.:****TELF.:****EXT.:****FAX.:****E-MAIL:****INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR**

- **CENTRO:** Indicar el nombre del organismo, centro y unidad en la que presta los servicios el representante del proyecto.

ORGANISMO RECEPTOR DE LA APORTACIÓN DINERARIA EN CASO DE SER GANADOR**NOMBRE COMPLETO****DATOS FISCALES****INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR**

- **DATOS FISCALES:** A cumplimentar con la información fiscal de la Organización Sanitaria: CIF, dirección postal, e-mail de contacto.

Firma del solicitante del proyecto:

Es imprescindible estampar las firmas de conformidad de la solicitud, como expresión del compromiso adquirido.

En

, a

de

de 20