**IMPRESO PARA LA SOLICITUD BECA CLARA ROY 2019-2020**

Este documento debe cumplimentarse en su totalidad y enviar a secretaria@seimc.org

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN SOLICITANTE** |
| **Nombre y apellidos**  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **NIF**  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Domicilio particular** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **C.P.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Ciudad** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Tfno** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Nº de socio SEIMC** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Fecha de alta en SEIMC** | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |

|  |
| --- |
| **DIRECCIÓN PROFESIONAL** |
| **Hospital**  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Servicio** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Puesto** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Dirección** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **C.P.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Ciudad** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Tfno** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Email** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Especialidad** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Titulación Académica** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

|  |
| --- |
| **PROYECTO** |
| **Título del Proyecto a realizar** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Persona de Contacto y Dirección completa del centro de destino** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Duración del Proyecto (en meses)** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Fecha de incorporación** | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |