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

Este documento debe cumplimentarse en su totalidad y enviar a [secretaria@seimc.org](mailto: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. |