**DOCUMENTO 1**

**IMPRESO DE SOLICITUD DE BECA GEBRO PHARMA SENEC-GRUPO DE TRABAJO DE NEURO-ONCOLOGÍA**

**Datos del facultativo que solicita la beca**

Apellidos:

Nombre:

DNI:

Centro de trabajo:

Categoría:

Duración de la estancia:

Centro de trabajo donde desarrolla su práctica habitual:

Dirección completa:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA en euros

ACEPTACIÓN DE LAS BASES

La persona que firma este documento, al presentar la solicitud, acepta las bases de esta convocatoria y se compromete a utilizar la financiación recibida, en caso de adjudicársele, con objeto de ampliar su formación en el campo específico para el cual se le otorga la beca, a cumplir los objetivos de la formación o ampliación de estudios que se ha propuesto y manifiesta que no recibe financiación destinada a este fin en su totalidad o parcialmente de otras entidades.

Firma del facultativo solicitante de la beca

D/Dña.

Cargo:

Dirección postal:

Código Postal:

Correo electrónico:

En a de de

Firma:

**DOCUMENTO 2**

**CURRICULUM VITAE**

1-Datos personales:

Apellidos:

Nombre:

DNI:

Año de nacimiento:

2-Formación académica:

3-Situación profesional en el momento de solicitud de la beca:

Departamento/ Unidad/ Centro de trabajo:

Dirección:

Año Residencia

4. Actividades anteriores de carácter científico o profesional

5. Participación en proyectos de investigación financiados

6. Publicaciones

7. Otras actividades relevantes de interés científico, técnico o académico