en Hemopatías Malignas

|  |
| --- |
| **Beca FEHH-Celgene para Formación en**  **Investigación en Hemopatías Malignas**  **Convocatoria 2016** |

**DATOS DE LA SOLICITUD**

Para que esta solicitud sea válida ES IMPRESCINDIBLE que tenga fecha de salida en oficinas de correos antes del 15 de abril de 2016 y fecha de entrada en las oficinas de la SEHH antes del 20 de abril de 2016. En el presente documento deberán figurar obligatoriamente las firmas originales del representante legal del Centro y el investigador principal del proyecto con el sello de la entidad solicitante, adjuntando toda la documentación preceptiva.

**Investigador Principal del proyecto y datos de contacto**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos** |  | | | | | **Nombre** | |  | | | |
| **DNI/pasaporte** | | |  | | **Fecha de nacimiento** | | | |  | | |
| **Domicilio actual** | |  | | | | | | | | **Código Postal** |  |
| **Localidad** |  | | | **Provincia** | | | |  | | | |
| **Teléfono** |  | | | **Correo electrónico** | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del programa** |  |
| **Centro del tutor**  **(filiación completa)** |  |

**Proyecto(s) de apoyo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título** | **Detalles** |
|  |  |
|  |  |

Añadir más filas si se necesita usando el tabulador en la última casilla o co copiar/pegar las líneas previas

|  |
| --- |
| **FECHA**,  Firma y sello  **EL REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO**  **Firmado**: Nombre y apellidos del representante legal del centro |