|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Beca FEHH-GILEAD para Formación en**  **Investigación en Terapia Celular en un centro internacional**  **Convocatoria 2021** | |

**DATOS DE LA SOLICITUD**

En el presente documento deberán figurar obligatoriamente las firmas originales del representante legal del centro y el candidato propuesto con el sello de la entidad solicitante, adjuntando toda la documentación preceptiva.

**Solicitante beneficiario del contrato**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título del proyecto** | |  | |
| **Investigador principal del proyecto** | | |  |
| **Centro del IP** |  | | |

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