



SOLICITUD DE AYUDAS PARA BOLSAS DE VIAJE COMO FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN/DOCTORADO 2014

DATOS PERSONALES (Todos los campos son obligatorios)

1º apellido	2º apellido	Nombre	Número de colegiado	
Dirección Postal		Código Postal	Ciudad	Provincia
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico		

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE:

Es Médico Interno Residente de año de la especialidad:

Se encuentra realizándola en el centro sanitario:

Posee la titulación Oficial de Máster Universitario en:

por la Universidad de

con fecha de expedición del título/...../.....

Se encuentra matriculado en el programa de doctorado:

De la universidad:....., siendo su tutor:.....

Obtuvo el Diploma de Estudios Avanzados con fecha:/...../.....

Ha realizado un estancia de investigación en el centro:

.....de la Universidad de:

en la localidad..... País.....

siendo su tutor en el centro receptor.....

Documentación aportada (marque lo que corresponda):

Marcar	Documento	Verificación del funcionario	Subsanación
<input type="checkbox"/>	Certificado de estudios		
<input type="checkbox"/>	Contrato de MIR, contrato de trabajo o nombramiento		
<input type="checkbox"/>	Justificante de matrícula en Doctorado o Programa Oficial de Postgrado		
<input type="checkbox"/>	Diploma de Estudios Avanzados (DEA)		
<input type="checkbox"/>	Título de Máster		
<input type="checkbox"/>	Carta de aceptación del Centro a visitar		
<input type="checkbox"/>	Memoria de actividades previstas y fechas de estancia avalada por el tutor de doctorado		
<input type="checkbox"/>	Memoria de actividades a realizar justificando el interés científico avalada por el tutor del centro receptor		
<input type="checkbox"/>	Currículum Vitae		
<input type="checkbox"/>	Documentación justificativa del gasto realizado		
<input type="checkbox"/>	*		
<input type="checkbox"/>	*		

* Otros: Especifique su naturaleza

SOLICITA una ayuda de fomento de investigación/doctorado y declara ser ciertos los datos curriculares mencionados, de cuya veracidad me hago responsable. En caso de falsedad se derivarán las responsabilidades previstas en la normativa vigente.
 Murcia a,de de 2014
(Firma del/la interesado/a)

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Si es posible, escriba a máquina o con letra mayúscula. Se presentará copia compulsada u original y copia para cotejo de los documentos indicados.