**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA CONVOCATORIA DE AYUDAS HM HOSPITALES PARA LAS MATRÍCULAS EN LAS ENSEÑANZAS DE DOCTORADO DEL PERSONAL DEL GRUPO HM HOSPITALES.**

**DATOS PERSONALES DEL CANDIDATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DNI** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRO HM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EMAIL** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **TLF** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RELACIÓN CON EL GRUPO HM (tiempo parcial, tiempo completo..)** |  |

**DATOS PERSONALES DEL DIRECTOR 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DNI** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRO HM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EMAIL** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **TLF** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RELACIÓN CON EL GRUPO HM (tiempo parcial, tiempo completo..)** |  |

**DATOS PERSONALES DEL DIRECTOR 2 (rellenar solo si fuera necesario)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DNI** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRO HM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EMAIL** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **TLF** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RELACIÓN CON EL GRUPO HM (tiempo parcial, tiempo completo..)** |  |

**UNIVERSIDAD**

**Seleccione la universidad en la que desee matricularse:**



\*Decreto rectoral

**PROGRAMA**

**Indique el programa en el que desea matricularse:**

**Tipo de matrícula:**

**PROYECTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ABSTRACT** | (máximo 500 palabras) |

**DESARROLLO DE PROYECTO DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO**

Justificar la viabilidad del mismo, medios técnicos para su realización, espacios de trabajo etc… (máximo 800 palabras).

|  |  |
| --- | --- |
| **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE** | (máximo 1000 palabras) |

**JUSTIFIACIÓN DE MÉRITOS**

Justificación motivada por la que el/la solicitante considera que es merecedor/a de la ayuda junto con una breve descripción de la relación de la solicitante con el Grupo HM Hospitales y proyección de futuro (máximo 500 palabras).