



FORMULARIO DE SOLICITUD

CONVOCATORIA DE BECAS HM HOSPITALES 2020

DATOS PERSONALES DEL CANDIDATO/A

NOMBRE

APELLIDOS

DOMICILIO

DNI

CENTRO HM SERVICIO

CATEGORIA PROFESIONAL

EMAIL TFNO.

RELACIÓN CON EL GRUPO HM (contrato y turno)

DATOS RESPONSABLE

NOMBRE

APELLIDOS

CENTRO HM SERVICIO

EMAIL TFNO.

BECA SOLICITADA



DOCUMENTACION PRESENTADA



Firma

Fecha