|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Beca FEHH-GILEAD para Formación en**  **Investigación en Terapia Celular en un centro internacional**  **Convocatoria 2019** | |

**DATOS DE LA SOLICITUD**

Para que esta solicitud sea válida ES IMPRESCINDIBLE que tenga fecha de salida en oficinas de correos antes del 20 de enero de 2020 o fecha de entrada en las oficinas de la SEHH antes del 24 de enero de 2020. 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 | |