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

**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PROFESIONAL Y ASOCIADO**

I

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | |  | | |
| **DNI** |  | | | | | | |
| **DIRECCIÓN** | | | |  | | | |
| **CIUDAD** | | |  | | | **CP** |  |
| **PAIS** | |  | | | | | |

**DECLARO BAJO JURAMENTO O PROMESA:**

* 1. Que en la actualidad mi situación profesional es       y que a fecha de 24 de enero de 2020 no estaré en situación profesional incompatible con el disfrute del contrato derivado de la ayuda observada en la presente convocatoria.
  2. Que soy miembro de la SEHH desde hace más de 12 meses y cumplo las condiciones establecidas en la convocatoria de la presente ayuda a la investigación.
  3. Que la documentación presentada es veraz y las copias aportadas son fieles a los documentos originales.

Y para que así conste y surta a los efectos oportunos, firmo el presente documento en

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LUGAR** | , | **FECHA**, |  |

Firma y sello

**EL INTERESADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firmado**: |  |