**SOLICITUD DE ESTANCIA FORMATIVA- PROFESIONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES / ACADÉMICOS Y PROFESIONALES** | |  |
| **NOMBRE** | **APELLIDOS** | **NACIONALIDAD** |
|  |  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | **TELEFONO MÓVIL** | **DNI** |
|  |  |  |
| **TITULACIÓN** | **CENTRO EDUCATIVO** | **ESPECIALIDAD** |
|  |  |  |
| **CENTRO DE TRABAJO** | **CATEGORÍA** | **LOCALIDAD** |
|  |  |  |
| **DATOS DE LA ESTANCIA FORMATIVA SOLICITADA** | |  |
| **SERVICIO** | **UNIDAD / SECCIÓN** |  |
|  |  |  |
| **INDIQUE SI HA CONTACTADO CON ALGÚN PROFESIONAL DEL HOSPITAL** | | |
|  |  |  |
| **OBJETIVOS DE LA ESTANCIA SOLICITADA** | |  |
|  |  |  |
| **ACTIVIDADES QUE PROPONE REALIZAR PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS** | | |
|  |  |  |
| **FECHA DE INCIO** |  |  |
| **FECHA DE FINALIZACIÓN** |  |  |

**ENVIAR ESTA SOLICITUD A** [**HSE.FORMACIO3@SSIB.ES**](mailto:HSE.FORMACIO3@SSIB.ES)