**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**