**SOL·LICITUD D’ESTADA FORMATIVA- PROFESSIONALS**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADES PERSONALS / ACADÉMICS I PROFESSIONALS** |  |
| **NOM** | **LLINATGES** | **NACIONALITAT** |
|  |  |  |
| **CORREU ELECTRÒNIC** | **TELÈFON MÒBIL** | **DNI** |
|  |  |  |
| **TITULACIÓ** | **CENTRE EDUCATIU** | **ESPECIALITAT** |
|  |  |  |
| **CENTRE DE TREBALL** | **CATEGORIA** | **LOCALITAT** |
|   |   |   |
| **DADES DE L’ESTADA FORMATIVA SOL·LICITADA**  |   |
| **SERVEI** | **UNITAT / SECCIÓ** |   |
|  |  |   |
| **INDIQUI SI HA CONTACTAT AMB ALGUN PROFESSIONAL DE L’HOSPITAL**  |
|   |   |   |
| **OBJECTIUS DE L’ESTADA SOL·LICITADA**  |   |
|  |   |   |
| **ACTIVITAT QUE PROPOSA REALITZAR PER COMPLIR ELS OBJECTIUS** |
|   |   |   |
| **DATA D’INICI**  |   |   |
| **DATA DE FINALITZACIÓ**  |   |   |

**ENVIAR AQUESTA SOL·LICITUT A** **HSE.FORMACIO3@SSIB.ES**