

SOLICITUD DE AYUDA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FORMATIVA

DATOS DEL SOLICITANTE	
Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	D.N.I.:
Email:	Teléfono:
Vinculación con CIBERNED: Seleccionar	Nº cuenta bancaria:
Grupo de CIBERNED:	
Provincia:	Centro de trabajo:
ACCIÓN FORMATIVA	
Denominación:	Modalidad: Seleccionar
Entidad formadora/organizadora:	Nº de horas :
Fechas de inicio y final al	Lugar de impartición:
Tipo de acción formativa: Seleccionar	
PRESUPUESTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA	
Inscripción/matrícula:	Dieta:
Viaje:	Alojamiento:
CUANTÍA SOLICITADA	CUANTÍA COFINANCIADA (EN SU CASO)



GOBIERNO
DE ESPAÑA



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Instituto
de Salud
Carlos III



CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA EN RED
Enfermedades Neurodegenerativas

OBJETIVOS Y CONTENIDO DE LA ACCIÓN FORMATIVA (límite 800 palabras)

Empty box for objectives and content of the training action.

Fecha de solicitud:	Firma del solicitante:	Firma y nombre del IP:
---------------------	------------------------	------------------------

Dirección Científica: BIODONOSTIA - INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. ÁREA DE NEUROCIENCIAS
Paseo Dr. Begiristain s/n - Planta 1ª - 20014 San Sebastián - Guipúzcoa

Gerencia: COINSORCIO CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED (CIBER)
Instituto de Salud Carlos III | C/ Monforte de Lemos 3-5. Pabellón 11 | 28029 Madrid



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



ciber | **NED**

CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA EN RED
Enfermedades Neurodegenerativas

Autorizado por:

Fecha y firma

Cantidad aprobada:

Dirección Científica: BIODONOSTIA - INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. ÁREA DE NEUROCIENCIAS
Paseo Dr. Begiristain s/n - Planta 1ª - 20014 San Sebastián - Guipúzcoa

Gerencia: COINSORCIO CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED (CIBER)
Instituto de Salud Carlos III | C/ Monforte de Lemos 3-5. Pabellón 11 | 28029 Madrid

www.ciberned.es