**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**](mailto:HSE.FORMACIO3@SSIB.ES)