|  |
| --- |
| ANEXO E.2. **domumentación a aportar y justificación de gastos****estancias cortas** |
| **DATOS DEL CANDIDATO** |
| Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Periodo de estancia realizada: |
| Centro receptor: |
| Nombre y Apellidos: |
| DNI: |
| Categoría profesional: [ ]  FEA [ ]  ENFERMERO/A [ ]  RESIDENTE [ ]  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Servicio: |
| Grupo de investigación adscrito: |
| Teléfono o ext.: | Correo electrónico: ***@ssib.es*** |

[ ]  Informe del centro receptor indicando que ha realizado la estancia.

DECLARO:

[ ]  Que no he obtenido ninguna ayuda equivalente por los mismos conceptos, para la financiación de la estancia realizada.

Firma:

[x]  RECIBOS Y COMPROBANTES DE LOS GASTOS (detallar)

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTANCIAS NACIONALES** | **IMPORTE** |
| Alojamiento:Dietas:Transporte:(máx. 250€/semana) |  |
| 1 Viaje (ida y vuelta) en clase turista |  |
| **TOTAL**(máx. 3.500 € o proporcional al tiempo solicitado en anexo E.1) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTANCIAS INTERNACIONALES** | **IMPORTE** |
| Alojamiento:Dietas:Transporte:(máx. 350€/semana) |  |
| 1 Viaje (ida y vuelta) en clase turista |  |
| **TOTAL**(máx. 5.000 € o proporcional al tiempo solicitado en anexo E.1) |  |

|  |
| --- |
| **IBAN del solicitante** |
| E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |