|  |  |
| --- | --- |
| 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:

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |