|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN**  **EN LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER APELLIDO** | | **SEGUNDO APELLIDO** | **NOMBRE** | | **DNI/NIE/PASAPORTE** |
| **FECHA NACIMIENTO** | **DIRECCIÓN** | | **C.POSTAL** | **CIUDAD** | |
| **PROVINCIA** | | **TELÉFONO MÓVIL** | **CORREO ELECTRÓNICO** | | |
| **DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE** | | | **FECHA OBTENCIÓN GRADO DE DOCTOR/A** | | |

**SOLICITO** autorización para realizar una estancia de investigación en el marco de las **Ayudas de para la recualificación del sistema universitario español, RD 289/ 2021 de 20 de abril, Orden UNI/551/2021 de 26 de mayo** **MODALIDAD MARGARITA SALAS, convocada por la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE INICIO DE LA ESTANCIA:** | **FECHA DE FIN DE LA ESTANCIA:** |
| **RESPONSABLE DEL GRUPO RECEPTOR:**  NOMBRE Y APELLIDOS; | DNI: |
| **DEPARTAMENTO/ INSTITUTO:** | |
| **RESUMEN O PROPUESTA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR DURANTE LA ESTANCIA:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha y firma del solicitante:**  **Fdo.:** | **Conforme, responsable del Grupo receptor:**  **Fdo.:** |
| **Conforme, director/a de Departamento/Instituto:**  **Fdo.:** | **AUTORIZA a realizar la estancia solicitada siempre y cuando la persona obtenga la Ayuda para la recualificación del sistema universitario español indicada en esta solicitud.**  **Fdo.: Antonia Mercedes Jiménez Rodríguez**  **Vicerrectora de Investigación, Transferencia y Doctorado** |

Sevilla, a de de 2022