|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **CONVOCATÒRIA D’AJUDES PER A LA REQUALIFICACIÓ**  **DEL SISTEMA UNIVERSITARI ESPANYOL PER A 2021/2023 DE LA**  **UNIVERSITAT MIGUEL HERNÁNDEZ D’ELX**  ***AYUDAS PARA LA RECUALIFICACIÓN***  ***DEL SISTEMA UNIVERSITARIO ESPAÑOL PARA 2021/2023 DE LA***  ***UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE***  ***DECLARACIÓ D’ACCEPTACIÓ/***  ***DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN*** | | | | | | | | | | | | |
| A | | **DADES DEL BENEFICIARI/ÀRIA(\*)/** *DATOS DEL BENEFICIARIO/A (\*)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOMS/ APELLIDOS | | | | | | | NOM/ NOMBRE | | | | | | | | | **DNI/ NIE** | |
| ADREÇA A EFECTES DE NOTIFICACIÓ / DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADREÇA (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)* | | | | | | | | | | | | | C. POSTAL | | | | LOCALITAT / *LOCALIDAD* |
| PROVÍNCIA / *PROVINCIA* | | | | TELÈFON / *TELÉFONO* | | | | MÒBIL/ *MÓVIL* | | | | ADREÇA ELECTRÒNICA / *DIRECCIÓN ELECTRÓNICA* | | | | | |
| **B** | **CENTRE ON REALITZA L’ESTADA /** *CENTRO DONDE REALIZA LA ESTANCIA* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CENTRE DE INVESTIGACIÓN / *CENTRO DE INVESTIGACIÓN* | | | | | | | | | | | INSTITUCIÓ A QUE PERTANY / *INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE* | | | | | | |
| ADREÇA (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)* | | | | | | | | | | | C. POSTAL | | | | LOCALITAT / *LOCALIDAD* | | |
| PROVÍNCIA / *PROVINCIA* | | | PAIS | | | TELÈFON / *TELÉFONO* | | | FAX | | | | | ADREÇA ELECTRÒNICA / *DIRECCIÓN ELECTRÓNICA* | | | |
| **C** | **DECLARACIÓ** / DECLARACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro que CUMPLO los requisitos de las bases para ser beneficiario de la Ayuda de Recualificación del Sistema Universitario Español de la UMH, modalidad **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** y estoy en disposición de realizar la estancia a partir de enero del 2023.  Declaro que ACEPTO la ayuda concedida en los términos establecidos en la convocatoria  *Declare que COMPLISC els requisits de les bases per a ser beneficiari de l'Ajuda de Requalificació del Sistema Universitari Espanyol de la UMH, modalitat* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *i estic en disposició de realitzar l’estada a partir de gener del 2023.*  *Declare que ACCEPTE l’ajuda concedida en els termes establits en la convocatòria*  Elche / Elx, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de noviembre/novembre de 2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El/La beneficiario/a / *El/La beneficiari/ària*  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| (\*) Les dades contingudes en esta sol·licitud podran ser incorporades a un fitxer amb una finalitat exclusivament administrativa (art. 10 al 13 del Decret 96/1998, de 6 de juliol, del Govern Valencià, i Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre).  La persona signant es fa responsable de la veracitat de totes les dades contingudes en este document, sense perjudici de la possible comprovació, si escau, per part de la Universitat Miguel Hernández de Elche.  Los datos contenidos en esta solicitud podrán ser incorporados a un fichero informatizado con una finalidad exclusivamente administrativa (art. 10 al 13 del Decreto 96/1998, de 6 de julio, del Gobierno Valenciano, y la Ley Orgánica 15/1999,m de 13 de diciembre).  **La persona firmante se hace responsable de la veracidad de todos los datos contenidos en este documento, sin perjuicio de la posible comprobación, si procede, por parte de la Universidad Miguel Hernández de Elche** | | | | | | | | | | | | | | | | | |