**PROGRAMA ESTATAL DE MOVILIDAD**

**MINISTERIO DE UNIVERSIDADES**

**DECLARACIÓN RESPONSANBLE PERSONA SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN**

**APELLIDOS, NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **VINCULACION SOLICITANTE CON EL ORGANISMO DE ADSCRIPCION**

### Indique su vinculación contractual o funcionarial con la UMH:

**Indique cuerpo al que pertenece o tipo de contrato:**

**Fecha de inicio de la vinculación (dd/mm/yyyy):**

**Indique si su vinculación requiere estar en posesión del grado de doctor:**

### Indique si su vinculación es a tiempo completo o parcial:

### Indique si usted está en servicio activo en la vinculación acreditada:

### FECHAS DE LA ESTANCIA PARA LAS QUE EL SOLICITANTE TIENE

### AUTORIZACION DE AUSENCIA DEL CENTRO DE ADSCRIPCION (MESES NATURALES COMPLETOS)

**Fecha de inicio de la estancia solicitada (dd/mm/yyyy):**

**Fecha de fin de la estancia solicitada (dd/mm/yyyy):**

1. **ESTANCIAS POSTDOCTORALES REALIZADAS EN EL EXTRANJERO EN LOS ULTIMOS CUATRO AÑOS ANTERIORES A LA FECHA FINAL DEL PLAZO DE PRESENTACION DE SOLICITUDES**

**Indique expresamente si ha realizado cualquier estancia postdoctoral de duración igual o superior a un mes en un centro extranjero, aunque no haya recibido ninguna financiación para ello (poner SÍ o NO)**

**En caso afirmativo, indique centros y fechas de las estancias**

*Se contabilizarán todas las estancias postdoctorales en el extranjero por un período igual o superior a un mes, aunque el solicitante no haya percibido ninguna ayuda, subvención, contrato o similar para las mismas.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Centro receptor y país de destino*** | ***Fecha inicio*** | ***Fecha fin*** | ***Organismo financiador, en su caso*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **BENEFICIOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO QUE SE DERIVARÁN DE LA ESTANCIA PARA LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y DOCENTE DEL CENTRO DE ORIGEN**.

En …………………….., a ……. de …………………………………. de 2023

Fdo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN**