PROGRAMA ESTATAL DE MOVILIDAD DEL MINISTERIO DE UNIVERSIDADES

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN**

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

1. **VINCULACIÓN DEL SOLICITANTE CON EL ORGANISMO DE ADSCRIPCIÓN**

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

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 AUTORIZACIÓN 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):

### ESTANCIAS POSTDOCTORALES REALIZADAS EN EL EXTRANJERO EN LOS ULTIMOS CUATRO AÑOS ANTERIORES A LA FECHA FINAL DEL PLAZO DE PRESENTACIÓN 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**

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

*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.*

*Asimismo, me comprometo a notificar al Servicio de Investigación cualquier estancia que se produzca desde el momento de la solicitud hasta la fecha de resolución de concesión de dicha convocatoria.*

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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Beneficiario de la Subvención)