



## FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE BECAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Por favor, rellena en **MAYÚSCULAS**

### 1. Beca solicitada

Formación que quieres realizar (título del curso o Congreso)


### 2. Datos personales

<b>Apellidos</b>			
<b>Nombre</b>		<b>DNI</b>	
<b>Dirección</b> (válida para notificaciones)		<b>CP</b>	
<b>Población</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Teléfono</b>		<b>Móvil</b>	
<b>E-mail</b> (válido para notificaciones)			

### 3. Experiencia en Endoscopia Digestiva


<b>Centro de trabajo actual</b>			
<b>Dirección</b>			
<b>Población</b>		<b>Provincia</b>	
<b>CP</b>		<b>Teléfono/ Ext</b>	

<b>Categoría Profesional</b>	<b>Enfermer@</b>	<b>TCAE</b>
<b>Cargo/puesto de trabajo</b>	<b>Asistencial</b>	<b>Gestión</b>
	<b>Docencia</b>	<b>Investigación</b>
<b>Años de experiencia</b>		

#### 4. Declaración, Lugar, Fecha y Firma

##### DECLARO QUE:

- Soy socio/a de la AEEED y estoy al corriente de pago de las cuotas anuales pertinentes.
- Todos los datos de la presente solicitud son ciertos.
- Quiero permanecer en lista de espera marcando esta casilla
- Me comprometo a mantener el cumplimiento de los requisitos de solicitante durante el período de evaluación, resolución y disfrute de la Beca solicitada (incluyendo, si he marcado la casilla, el período de permanencia en lista de espera), debiendo informar cualquier cambio de circunstancias a la AEEED.
- Acepto plenamente la normativa y bases de la convocatoria de becas AEEED.

<b>Lugar y fecha</b>	
<b>Firma</b> 	

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de los datos que se recogen en este documento, solicitándolo por escrito a la AEEED.