

FORMULARIO BECA GW PHARMACEUTICALS- SEEP

1. Datos del proyecto

Apellidos y Nombre del solicitante:

Fecha de Licenciatura o Graduación:

Nº Socio de la SEEP:

Especialidad:

Fecha del Título Especialista:

Centro de Realización del Programa MIR:

Centro Receptor:

Apellidos y Nombre del tutor:

¿Cuenta usted con un trabajo remunerado de más de 20 horas semanales? *(compromiso por escrito)* Sí NO

Los abajo firmantes aceptamos a _____ en las condiciones de la convocatoria de la beca GW PHARMACEUTICALS-SEEP.

Firma del Tutor

Firma del Gerente del Instituto/Hospital

Firma del Solicitante

2. Memoria Científica del Proyecto de Investigación (ADJUNTAR)

[Redacted area]

3. Plan de Formación en epileptología

[Redacted area]

4. Adecuación del Centro para llevar a cabo el Proyecto y la Formación

[Redacted area]

5. Autorización del Comité de Ética e Investigación Clínica (ADJUNTAR)

6. Currículum Vitae del Solicitante (ADJUNTAR)

7. Plan de Formación y Experiencia del Centro

[Redacted area]