



SOLICITUD DE BECAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN EVENTOS CIENTÍFICOS 2019

DATOS PERSONALES (Todos los campos son obligatorios)

1º apellido	2º apellido	Nombre	Número de colegiado		
Dirección Postal		Código Postal	Ciudad	Provincia	País
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico			

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE:

Es Médico Interno Residente de año de la especialidad:

Se encuentra realizándola en el centro sanitario:

Ha presentado comunicación oral en el Congreso:

Organizado por:....., celebrado en la localidad en fecha

Con el título:

Cuyos autores son (indicar nombre, apellidos, categoría profesional y centro sanitario al que pertenecen):

Documentación aportada (marque lo que corresponda):

Marcar	Documento	Verificación del Colegio Identificación del documento	Subsanación
<input type="checkbox"/>	Contrato de MIR, contrato de trabajo o nombramiento		
<input type="checkbox"/>	Documento acreditativo de la defensa de la comunicación		
<input type="checkbox"/>	Resumen de la comunicación		
<input type="checkbox"/>	Curriculum Vitae		
<input type="checkbox"/>	Carta de motivación del solicitante para la asistencia al congreso		
<input type="checkbox"/>	*		

* Otros: Especifique su naturaleza

SOLICITA una beca para la participación de MIR en eventos científicos y declara ser ciertos los datos curriculares mencionados, de cuya veracidad me hago responsable. En caso de falsedad se derivarán las responsabilidades previstas en la normativa vigente.

Murcia a, de de 2019
(Firma del/la interesado/a)

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Si es posible, escriba a máquina o con letra mayúscula. Se presentará copia compulsada u original y copia para cotejo de los documentos indicados.