



Sociedad Andaluza de
Enfermedades Infecciosas

AYUDAS SAEI PARA ESTANCIAS CORTAS EN OTROS CENTROS

DATOS PARTICULARES.

NOMBRE Y APELLIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
DIRECCIÓN PARTICULAR:		
CP:	CIUDAD:	TELÉFONO/S PARTICULAR/ES:
CORREO ELECTRÓNICO:		

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO.

HOSPITAL:	
SERVICIO/UNIDAD:	
TELÉFONOS:	FAX:
SITUACIÓN LABORAL (plantilla, contratado, residente):	
CARGO:	

DATOS DEL CENTRO DE DESTINO.

HOSPITAL:
SERVICIO/UNIDAD:
OBJETIVO DE LA ESTANCIA:
DURACIÓN PREVISTA:

Firmado: