



Sociedad Andaluza de  
Enfermedades Infecciosas

AYUDAS SAEI PARA ACTIVIDADES FORMATIVAS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

**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:	
FECHA DE INCORPORACIÓN (excluyendo periodo residencia):	CARGO:
SITUACIÓN LABORAL (plantilla, contratado, residente):	
ENUMERAR ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE SAEI EN LAS QUE HA PARTICIPADO (documentos de consenso, cursos SAEI, comisiones de trabajo, etc.):	

**DATOS DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA PARA LA QUE SOLICITA LA AYUDA.**

NOMBRE COMPLETO DE LA ACTIVIDAD:	
ORGANIZADOR OFICIAL DE LA ACTIVIDAD:	
FECHA/S DE LA ACTIVIDAD:	LUGAR DE REALIZACIÓN:
IMPORTE INSCRIPCIÓN:	IMPORTE DEL PLAZAMIENTO Y ALOJAMIENTO:

**JUSTIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD FORMATIVA SOLICITADA.**

BENEFICIO INDIVIDUAL PARA EL SOLICITANTE:
---

BENEFICIO COLECTIVO PARA LA UNIDAD/SERVICIO ASISTENCIAL AL QUE PERTENECE:
---

OTROS COMENTARIOS:
--------------------

Firmado:

Adjuntar resumen CV (1-2 páginas como máximo)