



Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
Consejería de Sanidad

ANEXO I

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano,
Ordenación Sanitaria y Drogodependencias

C/. Pinares, 4
30001 MURCIA
Telf. 968.36.58.49
Fax. 968.22.24.17

SOLICITUD DE UNA BECA DE INVESTIGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS Y DESARROLLOS EN EL PORTAL SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA

D.....

DNI:..... Fecha de nacimiento: Teléfono:

Domicilio.....

Localidad: CP..... Provincia:

SOLICITO: la concesión de una beca en materia de de fecha...../...../....., de la Consejería de Sanidad.

DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑO:

- Fotocopia del DNI/NIF, Pasaporte o Tarjeta de residente.
- Fotocopia compulsada del título de Licenciado en o documento de convalidación de dicha titulación obtenida en el extranjero o documento sustitutivo de acreditación.
- Declaración jurada de no desarrollar ninguna actividad retribuida incompatible con la ejecución de la beca, ni disfrutar ninguna otra beca, o ayuda otorgadas por otras Administraciones Públicas o entes públicos o privados, en el momento de su concesión y, en su caso, compromiso de renuncia a aquellas en caso de resultar adjudicatario (Anexo II).
- "Curriculum vitae" y fotocopia compulsada de los méritos a valorar.
- Documentación acreditativa de no estar incurso en las prohibiciones a que se refiere el artículo 13 de la Ley 38/2003, General de Subvenciones.
(Marcar con X donde corresponda)

Asimismo, **DECLARO** expresamente que conozco y acepto íntegramente las bases de la convocatoria de la beca cuya concesión solicito en este acto.

Murciade.....de 200.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SANIDAD. COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA. Ronda de Levante 11, 30008-MURCIA.