**BECAS DE FORMACIÓN EN SUBESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS**

MODELO DE SOLICITUD PARA LA PRESENTACIÓN DE CANDIDATURAS

|  |
| --- |
| **Instrucciones Generales:**   1. Las personas/entidades que presentan esta candidatura, garantizan la autenticidad de la información recogida en el presente documento. 2. La presentación de la candidatura implica la aceptación de las Bases de la Convocatoria de becas y las condiciones en ella expuestas. 3. La información a continuación recogida se estructurará de forma clara y ordenada, siguiendo el guión aportado. 4. Todos los aspectos recogidos en la candidatura, susceptibles de ser considerados de forma favorable en el proceso de valoración, deberán ir debidamente justificados y, en su caso, apoyados por documentación acreditativa. 5. Es IMPRESCINDIBLE aportar la documentación requerida en el ANEXO I y II |

**INSTRUCCIONES Y COMENTARIOS:**

1. **DATOS GENERALES DE LA CANDIDATURA:**
   1. **Datos básicos:** Identificar la Unidad Pediátrica que propone la candidatura, tutor/a que la realiza, datos de la persona que opta a la beca, identificación del centro hospitalario en el que se realizará la formación correspondiente, etc.
   2. **Objetivos y justificación:** Detallar los objetivos y ámbito o cuestión concretas que se pretenden abordar, incluyéndose la justificación de la necesidad de formación en la subespecialidad pediátrica propuesta
2. **PLAN DE FORMACIÓN:**
   1. **Resumen del plan formativo:** Redactar **de modo breve y preciso**, aportando una visión global de la acción formativa que desarrollará el candidato. Así como la previsión de estancias en centros de referencia.
   2. **Cronograma:** Incluir el detalle actividades o tareas previstas, fijando los hitos que se prevé alcanzar en cada una de ellas y especificando la participación de cada pediatra.
   3. **Plan de comunicación:** Identificación precisa de los resultados esperables. Indicar medios y formas que garanticen la comunicación, la difusión y la facilidad de acceso de la comunidad científica a los resultados y la visibilidad de los mismos por parte de la sociedad.

***ANEXO I. CURRICULUM VITAE* E HISTORIAL (CVN, curriculum vitae normalizado FECYT)**

1. ***Curriculum* del tutor/a responsable del/la candidato/a**
2. ***Curriculum* del/la médico propuesto/a para la concesión de la beca**

|  |  |
| --- | --- |
| Referencia Candidatura  (a rellenar por la Fundación DISA) |  |

1. **DATOS GENERALES DE LA CANDIDATURA**
   1. **Datos del/la Jefe/a de la Unidad de Pediátrica que presenta al candidato/a**

|  |
| --- |
| Nombre y apellidos: |
| DNI: |
| Categoría profesional: |
| Unidad Pediátrica: |
| Hospital: |
| Teléfono: |
| Correo electrónico: |
| Dirección de contacto: |

* 1. **Datos del/la tutor/a responsable del/la candidato/a**

**(rellenar sólo en caso de que sea distinto de la Jefatura de Unidad)**

|  |
| --- |
| Nombre y apellidos: |
| DNI: |
| Categoría profesional: |
| Unidad Pediátrica: |
| Hospital: |
| Teléfono: |
| Correo electrónico: |
| Dirección de contacto: |

**Datos del/la médico candidato/a:**

|  |
| --- |
| Nombre y apellidos: |
| DNI: |
| Titulación y especialidad: |
| Situación laboral actual: |
| Entidad: |
| Teléfono: |
| Correo electrónico: |
| Dirección de contacto: |

**Datos de la entidad en la que se desarrollará la beca.**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Servicio: |
| Nombre del /la gerente: |
| Teléfono: |
| Correo electrónico: |
| Dirección de contacto: |

**1.2 Justificación y objetivos:**

|  |
| --- |
|  |

1. **PLAN DE FORMACIÓN**
   1. **Resumen del plan formativo**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Cronograma:**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Plan de comunicación**

|  |
| --- |
|  |

**ANEXO I. CURRICULUM VITAE NORMALIZADO**

1. **Datos del/la tutor/a responsable del/la candidato/a**
2. **Médico candidato/a recibir la beca.**

**ANEXO II. OTRA DOCUMENTACIÓN (OBLIGATORIA)**

1. **Título de Medicina y cirugía, y título de especialista en Pediatría y Áreas específicas (en caso de estar en los meses finales de la formación durante el proceso de la solicitud, adjuntar un escrito de la jefatura del servicio en el que certifica, que el candidato está en la fase final de su formación en pediatría, y que para el momento de la resolución de la convocatoria ya habrá finalizado su período formativo)**
2. **NIF del candidato/a (documento escaneado)**
3. **NIF del/la tutor/a (documento escaneado)**
4. **Cuando fuese necesario, informe del Comité de Ética y Experimentación Animal.**
5. **Documento en el que conste la admisión de la solicitud para el desarrollo del plan formativo. Firmado por el Jefe de Unidad que actuará en calidad de tutor y por el gerente del hospital en el que se desarrollará la beca.**

**En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ 2019**

**Firma y sello**