

**Solicitud Autorización para la realización de Estancias formativas  
para profesionales en Ciencias de la Salud en España**

**DATOS DEL CENTRO DE ORIGEN**

Denominación del Centro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/País: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE ORIGEN**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Cargo desempeñado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL INTERESADO**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Número de Pasaporte: \_\_\_\_\_  
Titulación: \_\_\_\_\_  
Vinculación con el Centro: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ESTANCIA FORMATIVA**

Fechas Solicitadas: \_\_\_\_\_  
Objetivos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El Centro de Origen se compromete a mantener su vinculación con el interesado durante el periodo de la estancia formativa en España.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del responsable del Centro