**PROGRAMA ESTATAL DE MOVILIDAD**

**MINISTERIO DE CIENCIA, INNOVACIÓN Y UNIVERSIDADES**

**DECLARACIÓN RESPONSANBLE PERSONA SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN**

**APELLIDOS, NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **VINCULACION ACTUAL DEL SOLICITANTE CON EL ORGANISMO DE ADSCRIPCION**

### Indique el tipo de vinculación con la UMH:

* **Especifique contractual o funcionarial:**
* **Especifique indefinida o temporal:**

**Indique el cuerpo al que pertenece o tipo de contrato:**

**Fecha de inicio de su vinculación actual (dd/mm/yyyy):**

**Fecha de finalización de su vinculación actual, sólo para contratos temporales (dd/mm/yyyy):**

### Indique si su vinculación es a tiempo completo (SI/NO):

### Indique si usted está en servicio activo en la vinculación acreditada (SI/NO):

### FECHAS DE LA ESTANCIA PARA LAS QUE EL SOLICITANTE CUENTA CON

### AUTORIZACION DE AUSENCIA DEL CENTRO DE ADSCRIPCION (MESES NATURALES COMPLETOS)

**Fecha de inicio de la estancia solicitada (dd/mm/yyyy):**

**Fecha de fin de la estancia solicitada (dd/mm/yyyy):**

1. **ESTANCIAS POSTDOCTORALES REALIZADAS EN EL EXTRANJERO EN LOS ULTIMOS CUATRO AÑOS ANTERIORES A LA FECHA FINAL DEL PLAZO DE PRESENTACION DE SOLICITUDES**

**Indique expresamente si ha realizado cualquier estancia postdoctoral de duración igual o superior a un mes en un centro extranjero, en los últimos 4 años anteriores a la fecha final del plazo de presentación de solicitudes, aunque no haya recibido ninguna financiación para ello (SÍ o NO):**

**En caso afirmativo, indique centros de destino y fechas de las estancias**

*Se contabilizarán todas las estancias postdoctorales en el extranjero por un período igual o superior a un mes, aunque el solicitante no haya percibido ninguna ayuda, subvención, contrato o similar para las mismas.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Centro receptor y país de destino*** | ***Fecha inicio*** | ***Fecha fin*** | ***Organismo financiador, en su caso*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **BENEFICIOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO QUE SE DERIVARÁN DE LA ESTANCIA PARA LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y DOCENTE DEL CENTRO DE ORIGEN**.

En …………………….., a ……. de …………………………………. de 2025

Fdo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN**