



SOANNE SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROCIROGÍA

www.soanne.es

FORMULARIO OFICIAL DE SOLICITUD

BECA SOANNE DE ESTANCIA FORMATIVA EN CENTRO DE PRESTIGIO

Año Convocatoria: _____

Periodicidad: Bial

Dotación: 3.000 €

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y apellidos:

DNI/NIE/Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección postal:

2. SITUACIÓN PROFESIONAL

Marcar la opción que corresponda:

☐ Médico/a residente de Neurocirugía

☐ Neurocirujano/a adjunto/a joven (dentro de los cuatro primeros años de ejercicio profesional)

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es

Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



SOANNE SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROCIROLOGÍA

www.soanne.es

En caso de residente:

- Año de residencia: _____
- Año previsto de finalización de la residencia: _____

En caso de adjunto/a joven:

- Año de obtención del título de especialista: _____
- Año de inicio del ejercicio profesional como especialista: _____

Servicio/Unidad de Neurocirugía de origen:

Hospital/Centro de origen:

Ciudad/Provincia:

Jefe/a de Servicio o responsable de la Unidad:

3. DATOS DE LA ESTANCIA FORMATIVA

Título de la estancia / plan de trabajo:

Centro receptor:

Servicio/Unidad:

Ciudad y país:

Tutor/a o responsable en el centro receptor:

Cargo/especialidad del tutor/a:

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es

Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



SOANNE SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROCIRUGÍA

www.soanne.es

Fecha prevista de inicio: ____ / ____ / ____

Fecha prevista de finalización: ____ / ____ / ____

Duración prevista: _____

Carácter de la estancia:

☐ Nacional

☐ Internacional

Área principal de formación:

- ☐ Clínica
- ☐ Quirúrgica/técnica
- ☐ Investigación
- ☐ Docencia
- ☐ Otra: _____

4. RESUMEN DEL PLAN DE TRABAJO

Título del plan de trabajo:

Resumen de la actividad formativa prevista (Adjuntar documentación.):

5. OBJETIVOS DE LA ESTANCIA

Objetivo general

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es

Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



Objetivos específicos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS FORMATIVO

Justificación de la elección del centro receptor y del interés de la estancia para la formación del solicitante:

Aplicabilidad de los conocimientos y competencias adquiridos al centro de origen y/o a la neurocirugía andaluza:



SOANNE

SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROCIRUGÍA

www.soanne.es

7. ACTIVIDADES PREVISTAS Y CRONOGRAMA

Periodo	Actividad formativa	Objetivo asociado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Resultados esperados de la estancia:

8. PRESUPUESTO RESUMIDO

Concepto	Importe previsto (€)
Desplazamiento	_____ €
Alojamiento	_____ €
Manutención	_____ €
Inscripción / actividad formativa	_____ €
Otros gastos vinculados a la estancia	_____ €
TOTAL	_____ €

Importe solicitado a la SOANNE: _____ €

Otras fuentes de financiación previstas:

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es
Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



9. OTRAS AYUDAS

El/la solicitante declara:

- ☐ No haber solicitado ni recibido otras ayudas destinadas a financiar esta estancia.
- ☐ Haber solicitado otras ayudas destinadas a financiar esta estancia.
- ☐ Haber recibido otras ayudas destinadas a financiar esta estancia.

En caso afirmativo, indicar entidad, importe y situación de la ayuda:

10. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

El/la solicitante declara aportar junto con este formulario la siguiente documentación:

- ☐ Resumen de la actividad formativa prevista (máximo 1500 caracteres).
- ☐ Currículum vitae abreviado.
- ☐ Documento acreditativo de la situación profesional.
- ☐ Carta de aceptación, preaceptación o invitación del centro receptor.
- ☐ Carta de apoyo y autorización del Servicio/Unidad de origen.
- ☐ Plan de trabajo.
- ☐ Declaración responsable sobre otras ayudas concurrentes.
- ☐ Otra documentación: _____

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es
Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



11. DECLARACIÓN RESPONSABLE Y COMPROMISOS DEL SOLICITANTE

El/la abajo firmante, **D./D.ª** _____

declara responsablemente:

1. Que los datos consignados en esta solicitud y en la documentación que la acompaña son ciertos y completos.
2. Que reúne los requisitos establecidos en las bases de la **Beca SOANNE de Estancia Formativa en Centro de Prestigio** en la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes.
3. Que es socio/a de la SOANNE y se encuentra al corriente de sus obligaciones con la Sociedad.
4. Que, en caso de resultar beneficiario/a, realizará la estancia formativa en las condiciones y dentro del periodo aprobados por la SOANNE.
5. Que comunicará a la Secretaría Técnica de la SOANNE cualquier modificación relevante que afecte a la estancia o a las circunstancias que determinaron la concesión de la ayuda.
6. Que comunicará la obtención de cualquier otra ayuda o financiación destinada a la misma finalidad.
7. Que, en caso de resultar beneficiario/a, presentará dentro del plazo establecido la documentación justificativa exigida por las bases, incluyendo certificado de asistencia y aprovechamiento emitido por el centro receptor y memoria final de resultados.
8. Que se compromete a realizar la comunicación oral requerida por las bases al término de la estancia.
9. Que acepta íntegramente las bases reguladoras de la convocatoria y las condiciones establecidas para la concesión y justificación de la ayuda.
10. Que autoriza a la SOANNE a verificar la información aportada y a requerir, cuando resulte necesario, documentación acreditativa adicional.

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es
Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



SOANNE SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROCIROLOGÍA

www.soanne.es

12. PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales facilitados mediante esta solicitud serán tratados por la **Sociedad Andaluza de Neurocirugía (SOANNE)** con la finalidad de gestionar la convocatoria, evaluación, resolución, concesión y justificación de la Beca SOANNE de Estancia Formativa en Centro de Prestigio, así como para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la misma.

El tratamiento de los datos se realizará conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales. Los datos podrán ser comunicados a los miembros del órgano evaluador cuando resulte necesario para la valoración de las candidaturas y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos.

El/la interesado/a podrá ejercer los derechos que le correspondan en materia de protección de datos mediante los canales habilitados por la SOANNE.

13. FIRMA DEL SOLICITANTE

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma del solicitante:

Nombre y apellidos:

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es

Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



SOANNE SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROCIROGÍA

www.soanne.es

14. VISTO BUENO DEL SERVICIO / UNIDAD DE ORIGEN

D./D.^a _____

en calidad de **Jefe/a de Servicio / Responsable de la Unidad de Neurocirugía**

del **Centro/Hospital** _____,

hace constar que conoce y autoriza la solicitud presentada por

D./D.^a _____

para realizar la estancia formativa descrita en el presente formulario, manifestando su conformidad con la realización de la misma en las fechas previstas, sin perjuicio de las necesidades asistenciales y organizativas del Servicio.

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma y sello del Servicio/Unidad:

Nombre y cargo:

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es

Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería



SOANNE SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROCIRUGÍA

www.soanne.es

15. DOCUMENTACIÓN DEL CENTRO RECEPTOR

Centro receptor:

Tutor/a responsable:

Se adjunta:

- ☐ Carta de aceptación.
- ☐ Carta de preaceptación.
- ☐ Carta de invitación.

Fecha del documento: ____ / ____ / ____

Secretaría Técnica. SOLUTIONS EVENTOS

Teléfonos: 950 532 539 . 608 705 946 | Email: secretaria@soanne.es
Avenida de la Vega de Acá nº 81 - 04007 Almería