**ANEXO VI**

**AYUDAS PARA LA RECUALIFICACIÓN DEL PROFESORADO UNIVERSITARIO FUNCIONARIO O CONTRATADO**

**ADMISIÓN EN EL CENTRO RECEPTOR DE LA ESTANCIA**

|  |
| --- |
| 1. **Beneficiario** |
| Nombre |
| DNI: |
| Doctor en: |
| 1. **Centro en el que se realiza la Estancia** |
| Nombre: |
| Dirección: |
| Localidad: |
| 1. **Investigador responsable en el centro receptor:** |
| Institución: |
| Nombre: |
| Cargo: |
| **CERTIFICA:**  Que acepta al beneficiario de la ayuda mencionada durante la realización de la estancia en este centro en las siguientes fechas :  Desde: Hasta: |
| Lugar y Fecha: |
| **Firma y Sello Resposable Centro Receptor**  **Fdo.:** |

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA**

![Imagen que contiene Texto

Descripción generada automáticamente]()Interfaz de usuario gráfica, Aplicación

Descripción generada automáticamente con confianza mediaTexto

Descripción generada automáticamente con confianza media ****

