

IMPRESO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ESTANCIA FORMATIVA

Nombre y apellidos: _____

Titulación: _____

Centro de trabajo actual: _____

DNI N.º: _____

Unidad que solicita visitar:

- Unidad de Enfermedades de la Córnea y Segmento Anterior
- Unidad de Enfermedades Vitreoretinianas
- Unidad de Glaucoma y Neuro-oftalmología
- Unidad de Oculoplastia, Órbita y Anejos
- Unidad de Baja Visión
- Unidad de Anestesia
- Optometría
- Otra: _____

Área o actividad específica por la que manifiesta su interés:

Periodo de tiempo en el que desea realizar su visita (Máximo 3 meses):

Del: _____ al: _____

Documentos que aporta (marcar los recuadros correspondientes):

- Fotocopia compulsada del título
- Fotocopia del DNI/Pasaporte
- Curriculum profesional
- Carta de presentación del Centro de procedencia

Fecha:

Firma

Dirección:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico: