**BECAS GEAS – SEMI**

DOCUMENTO de SOLICITUD

Nombre:

Apellidos:

DNI/NIF:

Especialidad:

Hospital o Centro de Trabajo:

Localidad Hospital:

Provincia:

Categoría profesional: MIR STAFF

Situación laboral: Temporal Fijo Paro

Socio de SEMI desde: \_\_\_\_\_\_

Miembro del GEAS: SÍ desde:\_\_\_\_\_\_ No

Firma Solicitante:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_\_