**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**

 ****

