**AYUDAS MARGARITA SALAS PARA LA FORMACIÓN DE JÓVENES DOCTORES Impreso 1: Solicitud**

**Datos de la persona solicitante de la ayuda**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido      | Segundo apellido      | Nombre      | NIF      |
| **Identificador ORCID**      | Teléfono      | Correo electrónico      |
| Universidad en la que ha obtenido el título de doctorado      |
| Programa de doctorado en el que ha obtenido el título de doctorado (indicar el área al que pertenece el programa de doctorado\*)      |
| Si la universidad en la que ha obtenido el título NO es la UPV, seleccione el área en la que se encuadra su actividad (la comisión de evaluación podrá modificar esta asignación)Elija un elemento. |
| Fecha de obtención del título de doctorado Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| Con objeto de atender a lo establecido la convocatoria, indique si presenta discapacidad reconocida igual o superior al 33 % [ ]  |
| En caso de que concurra alguna de las circunstancias que permite ampliar el límite de la fecha de obtención del título de doctorado (ver convocatoria para los detalles), seleccione cuál de ellas[ ]  Nacimiento de hijo/a[ ]  Incapacidad temporal o suspensión de contrato por embarazo o durante lactancia [ ]  Incapacidad temporal por otra causa durante más de tres meses consecutivos [ ]  Excedencia por cuidados o por violencia de género o terrorista por un período mínimo de 3 meses[ ]  Reducción de jornada por guarda legal o cuidados por período mínimo de 3 meses[ ]  Atención por dependencia por un período mínimo de 3 meses[ ]  Discapacidad reconocida igual o superior al 33 %**Ampliación que debería aplicarse:**       meses |
| ¿Ha solicitado esta misma ayuda en otra Universidad?       |
| **¿Ha solicitado ayudas para el mismo fin y el mismo período ante otro organismo o entidad?****Indique, si es posible, si ha resultado beneficiario/a, indicando el tipo e importe de la ayuda recibida.**      |

\*El área del programa de doctorado UPV puede consultarse en:

<http://www.upv.es/entidades/EDOCTORADO/info/1007774normalc.html>

**Datos del centro de incorporación**

|  |
| --- |
| Institución del grupo receptor 1      |
| Apellidos y nombre de la persona responsable de la institución del grupo receptor 1      |
| Grupo receptor 1      |
| Apellidos y nombre de la persona responsable del grupo receptor 1      |
| Fechas de inicio y fin de la estancia solicitada en el centro 1      |

*(Completar si la estancia se va a realizar en dos centros)*

|  |
| --- |
| Institución del grupo receptor 2      |
| Apellidos y nombre de la persona responsable de la institución del grupo receptor 2      |
| Grupo receptor 2      |
| Apellidos y nombre de la persona responsable del grupo receptor 2      |
| Fechas de inicio y fin de la estancia solicitada en el centro 2      |

     , a       de       de 2021

La persona solicitante