**CONVOCATORIA DE AYUDAS PARA LA MOVILIDAD DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA (PDI y PAS) CON FINES DE FORMACIÓN EN EL MARCO DEL PROGRAMA ERASMUS+**

**ANEXO I-UC: SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN CURSO 20   - 20**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS:  | NOMBRE:  |
| DNI:  | TELÉFONO:  |
| E-MAIL:  |  |

**PAS [ ]**

|  |  |
| --- | --- |
| CATEGORÍA/CUERPO O ESCALA:  | LABORAL: **[ ]**  |
| FUNCIONARIO: **[ ]**  |
| UNIDAD FUNCIONAL:  | PUESTO DE TRABAJO:  |
| FECHA INICIO EN LA UC  |

**PDI [ ]**

|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTAMENTO:  | CATEGORÍA PROFESIONAL:  |
| FECHA INICIO EN LA UC  |

**TIPO DE MOVILIDAD (márquese A o B)**

**A) MOVILIDAD ORGANIZADA POR EL INTERESADO** **[ ]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANIZACIÓN DE ACOGIDA | CÓDIGO ERASMUS (SI ES UNA UNIVERSIDAD) | PERIODO DE ESTANCIA |
|  |  | Del  al  |

**B) MOVILIDAD ORGANIZADA POR LA ORGANIZACIÓN DE ACOGIDA / “SEMANA ERASMUS” [ ]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANIZACIÓN DE ACOGIDA | CÓDIGO ERASMUS  | PERIODO DE ESTANCIA |
|  |  | Del  al  |

**ESTIMACIÓN DE GASTOS GLOBALES**

|  |  |
| --- | --- |
| DESPLAZAMIENTO |  |
| ALOJAMIENTO |  |
| OTROS |  |
| **TOTAL** |  |

**DATOS DE LA MOVILIDAD**

Objetivos del intercambio e impacto que tendría en su área/servicio de trabajo

|  |
| --- |
|  |

Breve C.V. (estudios, idiomas, experiencia relevante para el intercambio)

|  |
| --- |
|  |

Breve descripción de la actividad a realizar:

|  |
| --- |
|  |

**CLÁUSULA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE MOVILIDAD**

Cuando usted  presentó la documentación para su nombramiento/contratación en la Universidad de Cantabria, se le facilitó la información requerida en los artículos 13 y 14 del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) sobre las condiciones en que se van a tratar los datos personales que nos ha facilitado y dio su consentimiento a las mismas.

Le informamos que su solicitud de participación en este programa de movilidad puede suponer, en caso de ser aceptado, la transferencia internacional de sus datos personales a la universidad u organismo receptor.

 Consiento que mis datos personales sean objeto de cesión a la universidad u organismo receptor de este programa de movilidad.

**FIRMAS**

Firma del interesado/a Vº Bº Director/a Departamento / Jefe/a de la Unidad

 Justificación de la movilidad para las necesidades del

 Departamento/Centro

Nombre y apellidos:  Nombre y apellidos:

Fecha:  Fecha: