**A) AYUDAS MARGARITA SALAS PARA LA FORMACIÓN DE JÓVENES DOCTORES**

***Aceptación de la estancia por el centro receptor***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido      | Segundo apellido      | Nombre      | NIF       |

**Datos del centro de incorporación**

|  |
| --- |
| Institución del grupo receptor       |
| Apellidos y nombre de la persona responsable de la institución del grupo receptor      |
| Grupo receptor      |
| Apellidos y nombre de la persona responsable del grupo receptor      |

     , como responsable de la institución      , hago constar que el/la candidato/a      , ha sido aceptado para realizar una estancia en el grupo de investigación      , durante       meses en el período      , en caso de que resulte beneficiario/a de la AYUDA MARGARITA SALAS PARA LA FORMACIÓN DE JÓVENES DOCTORES.

     , a       de       de 2021

Responsable de la institución

     , como responsable del grupo de investigación      , hago constar que el/la candidato/a      , ha sido aceptado para realizar una estancia en el grupo      , durante       meses en el período      , en caso de que resulte beneficiario/a de una AYUDA MARGARITA SALAS PARA LA FORMACIÓN DE JÓVENES DOCTORES.

     , a       de       de 2021

Responsable del grupo