**CONVOCATORIA MOBILITAS 2024**

**Anexo 4: Autorización de la Dirección del centro de destino**

|  |
| --- |
| Solicitante |
| Nombre completo |   |
| NIF / NIE / Pasaporte |   |
| Fechas de su estancia | Inicio:  | Fin:  |

|  |
| --- |
| Grupo de investigación receptor del centro de destino |
| Nombre del grupo |
|   |
| Responsable del grupo |
|   |
| Características e información del grupo receptor |
|   |
| Compensación económica del centro receptor a la persona solicitante |
| [ ]  No | [ ]  Sí: \_\_\_\_\_ € |

|  |
| --- |
| Dirección del centro destino |
| Nombre del centro |   |
| Nombre del director/a |   |

En calidad de director o directora de este centro, declaro:

* Que conozco y acepto las bases de la convocatoria de movilidad, así como la participación de la investigadora o investigador solicitante.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma de la persona responsable del grupo: |  | Firma del director o directora del centro: |
|  |  |  |
| Fecha:  |  | Fecha:  |