**SOL·LICITUD DE BEQUES DE LA**

**SOCIETAT CATALANA DE FÍSICA MÈDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Persona sol·licitant |  |
| Nom i cognoms: |  |
| DNI: |  |
| Correu electrònic: |  |
| Soci des de l’any: |  |
| **En cas de ser resident de Radiofísica Hospitalària** | |
| Unitat docent: |  |
| Any actual de residència: |  |
| **En cas de ser alumne d’un programa de doctorat** | |
| Programa de doctorat: |  |
| Universitat: |  |
| Director de Tesi: |  |
| **Curs pel que se sol·licita la beca** | |
| Nom: |  |
| Lloc de realització: |  |
| Data de realització |  |

**El sol·licitant declara que no ha demanat cap altra beca o ajuda econòmica per al curs abans esmentat.**

Per sol·licitar la beca s’ha d’enviar el present model de sol·licitud per correu electrònic a [socfim@gmail.com](mailto:socfim@gmail.com).