FUNDACIÓN del HOSPITAL NACIONAL de PARAPLÉJICOS	**SOLICITUD LICENCIA NO RETRIBUIDA**	IDISCAM INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CASTILLA LA MANCHA

LABORATORIO/GRUPO:	

APELLIDOS Y NOMBRE: **NIF:**

CATEGORÍA PROFESIONAL:

CENTRO:

GRUPO DE INVESTIGACIÓN/UNIDAD/SERVICIO:

TITULO DEL PROYECTO:

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL/JEFE DE SERVICIO/RESPONSABLE:

TIPO DE CONTRATO:

DURACIÓN:

El contratado SOLICITA al contrato de referencia, LICENCIA NO RETRIBUIDA por _____ con fecha efectiva: _____ y por una duración de _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

Toledo, ____ de _____ de 20__

CONFORME

Dirección de la Fundación	Solicitante	Investigador/a Principal
Fdo:	Fdo:	Fdo: