*(Nota: primer año de la estancia / estancia completa)*

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI/NIE/NIF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de responsable del centro/de la Universidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente, acepto que D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con DNI/NIE/NIF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realice una estancia postdoctoral de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año/s de duración en el citado Centro/Universidad.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_