

BECAS DR. JOSÉ LUIS BADA PARA LA FORMACIÓN DE MÉDICOS EN MATERIA DE COOPERACIÓN 2026

Formulario de Solicitud

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

NIF / NIE / Pasaporte: _____

Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Número de colegiado/da*: _____

*En caso de no estar colegiado, indicar el número de colegiado del médico que da apoyo a la candidatura.

Domicilio: _____

Población: _____

Código postal: _____

Provincia: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

2. MODALIDAD DE LA SOLICITUD

Estudios académicos

Estancia formativa o docente

3A. ESTUDIOS POR LOS QUE SE SOLICITA LA BECA

(Sólo en caso de solicitud por estudios académicos)

Título de los estudios: _____

Nombre del centro docente: _____

Fecha de inicio y fecha final prevista*: ____/____/____ a ____/____/____

(*) **ATENCIÓN!** A partir de estas fechas se determinarán los plazos de inicio y finalización de los estudios y los pagos correspondientes (60% inicial y 40% final).

Horas lectivas / créditos: _____

Coste de los estudios*: _____ €

(*) El importe máximo que se puede solicitar es de 5.000€

Objetivos del curso:

3B. ESTANCIA FORMATIVA O DOCENTE PARA LA CUAL SE SOLICITA LA BECA

(Sólo en caso de solicitud por estancia formativa o docente)

Nombre del centro: _____

Población / País: _____

Objetivos del programa:

Funciones o tareas previstas:

Fecha de inicio y fecha final prevista*: ____/____/____ a ____/____/____

(*) **ATENCIÓN!** A partir de estas fechas se determinarán los plazos de inicio y finalización de la estancia formativa o docente y los pagos correspondientes (60% inicial y 40% final).

Presupuesto:

Concepto	Importe (€)
Transporte	
Alojamiento	
Visado	
Manutención	
Material docente	
Otros (indicar):	
Total*	
(*) El importe máximo que se puede solicitar es de 5.000€	

4. DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro que son ciertos los datos que figuran en la presente solicitud, así como los aportados en los documentos adjuntos, y para que conste a los efectos oportunos firmo:

A _____, _____ de _____ de 2026

Firma del/de la solicitante:

5. PROTECCIÓN DE DATOS

La presente solicitud comporta que doy mi consentimiento para que los datos personales facilitados sean tratados por el Col·legi de Metges de Barcelona con la finalidad de gestionar la presente solicitud de beca. Los datos se conservarán hasta al cabo de un año natural de la finalización de los estudios, formación o estancia formativa que sea objeto de la beca, de conformidad con las bases de la convocatoria.

La persona solicitante puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable del tratamiento: Col·legi de Metges de Barcelona, CIF Q0866001A Passeig de la Bonanova 47, 08017 Barcelona, por correo postal, email dpo@comb.cat o a través de *la App MetgesBarcelona*. También puede presentar reclamación ante la Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

6. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR

1. **Formulario de solicitud** debidamente relleno.
2. **Currículum Vitae** (máximo 3 folios) acompañado de documentación acreditativa.
3. **Fotografía reciente** tamaño carnet, con buena resolución, entregada en un archivo aparte.
4. **Carta de motivación** (máximo 1 folio).
5. Fotocopia compulsada o certificado emitido por la universidad con firma electrónica o código seguro de verificación (CSV) del **expediente académico** de la licenciatura/grado en Medicina.
6. Fotocopia compulsada o certificado emitido por la universidad con firma electrónica o código seguro de verificación (CSV) de la **matrícula de inscripción a los estudios o bien, carta de admisión del centro de estudios**.
7. **Visado**, si es pertinente.
8. Documentación específica para **estancias formativas o docentes**:
 - a. **Informe** que incluya una descripción de la estancia formativa o docente.
 - b. **Programa docente** que se recibirá o se impartirá.
 - c. **Presupuesto** incluyendo: alojamiento, manutención, transporte, material docente, visado, otros.
 - d. **Carta de aceptación de la contraparte**.
 - e. Si es pertinente, **visado** que permita la entrada en el país en el que se realice la estancia formativa.
9. **Declaración jurada** de otras ayudas o declaración jurada de no percibir las.
10. Si es pertinente, **Informe** de las actividades relacionadas con cooperación internacional en la actualidad (máximo 2 folios).
11. Documentación adicional **para médicos no colegiados en el CoMB**:
 - a. **Declaración del médico avalador** de la candidatura.
 - b. **Certificado de nacionalidad o pasaporte**.
 - c. **Certificado de titularidad de cuenta bancaria** donde consten los datos bancarios siguientes:
 - para bancos europeos: nombre del banco, IBAN y titular de la cuenta.
 - para bancos no europeos: nombre del banco, dirección del banco, número de cuenta, SWIFT o BIC, titular de la cuenta.

PLAZO DE ENTREGA: Del 25 de junio al 9 de octubre de 2026, ambos incluidos.