



SERVICIO DE
INVESTIGACIÓN

SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO DE PERSONAL BECARIO

Responsable

Becario

MAGNÍFICO Y EXCELENTÍSIMO SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

PROPUESTA DE NOMBRAMIENTO DE PERSONAL BECARIO

Ejercicio Económico

D

Con DNI. _____ Dpto. _____
 Centro _____
 Y en calidad de Investigador Principal del:
 Proyecto _____
 Grupo P.A.I. _____
 Contrato 68/83 _____
 Otros _____
 Aplicación Presupuestaria _____
 EXPONE: que contemplándose la necesidad de nombrar personal becario para llevar a cabo la investigación citada.
 SOLICITA: Sea autorizado el nombramiento como becario a:
 D. _____
 DNI. / NIF. _____
 Dirección a efectos de comunicación _____
 _____ Tno. de contacto _____
 E-Mail _____
 Diplomado Licenciado Doctor
 En _____
 Tiempo de Servicio de _____
 Cantidad a Retribuir _____ €/mes
 TOTAL _____

Forma de Retribución:

Transferencia bancaria
 Entidad Bancaria y Dirección _____
 _____ Cta. Cte. _____

Sevilla, a _____ de _____ e _____

D^o/a (Becario/a) _____
Quedo enterado de todos los contenidos económicos y temporales de la presente propuesta de nombramiento.

Fdo. Becario/a (de obligado cumplimiento)

PROPUESTA
EL RESPONSABLE DEL CRÉDITO
Fdo.: _____

SERVICIO DE INVESTIGACIÓN
CERTIFICO: Que existe crédito suficiente en la aplicación presupuestaria arriba indicada para el pago que se propone.

MAGNÍFICO Y EXCELENTÍSIMO SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Situación personal: Situación familiar. Marque con una X la casilla que proceda.

Soltero, viudo o separado legalmente, con hijos menores de 18 años o incapacitados que convivan exclusivamente con Vd.

Casado y no separado legalmente cuyo cónyuge no tiene rentas superiores a 1500 € anuales.
 NIF del cónyuge _____

3 Marque esta casilla si su situación es distinta a las anteriores o si no desea manifestarla. (**Solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1500 € anuales**, etc.).

Si tiene alguna minusvalía, indique su grado con una X

Igual o superior al 33% e inferior al 65%.

Igual o superior al 65%.

Sí, como trabajador precisa además de la ayuda de terceras personas para desplazarse a su lugar de trabajo o para desempeñar el mismo, o su movilidad es reducida.

Hijos y descendientes: Si tiene hijos o descendientes menores de 25 años, solteros, que convivan con Usted y no tengan rentas anuales superiores a 8000 €, incluya la siguiente información. (Para los incapacitados no hay límite de edad).

Año de nacimiento

Si su descendiente tiene un grado de minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%, marque con una X

Si su descendiente tiene un grado de minusvalía igual o superior al 65%, marque con una X

Año de nacimiento				Si su descendiente tiene un grado de minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%, marque con una X	Si su descendiente tiene un grado de minusvalía igual o superior al 65%, marque con una X

Si tiene más hijos, adjunte a esta comunicación una relación con los datos de la mismos.

Acreditación: Documentos que deben adjuntarse con la comunicación si en ellas se incluyen situaciones de minusvalía. (Marque con una X los que procedan).

Certificado del grado de minusvalía del preceptor expedido por el IMSERSO o por el órgano competente de su Comunidad Autónoma.

Certificado o resolución que acredite la necesidad de ayuda a terceras personas para que el contribuyente minusválido se desplace a su lugar de trabajo, o para desempeñar el mismo, o la movilidad reducida para utilizar medios de transporte colectivo, expedido por el IMSERSO o por el órgano competente de su Comunidad Autónoma.

Certificado del grado de minusvalía de los descendientes expedido por el IMSERSO o por el órgano competente de su CC.AA.

Los anteriores documentos podrán adjuntarse en el plazo de un mes desde la presentación de esta comunicación.

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

NOMBRE:

APELLIDOS:

D.N.I.:

DIRECCIÓN:

El que suscribe declara que no percibe en la actualidad alguna beca o ayuda financiada con fondos públicos o privados Españoles o Comunitarios, así como sueldos o salarios que impliquen vinculación contractual o Estatutaria, y que son ciertos los datos arriba indicados.

Fecha y Firma:

Es imprescindible adjuntar copia de la póliza de seguros, del DNI, documentación que acredite la titularidad de la cuenta corriente y del título académico del becario.



En el caso de que se produjera alguna variación en la situación personal, deberá comunicarlo al Servicio de Investigación.

El becario D./D.^a(2)

con cargo a la aplicación presupuestaria(3) realizará la prestación bajo

las siguientes condiciones:

A) La prestación se realizará a jornada completa a tiempo parcial

B) La dedicación será de (4) al

Día Semana Mes Año

C) El horario será el siguiente: (5)

- (1) El presente formulario se adjuntará a la propuesta de nombramiento.
- (2) Nombre del becario.
- (3) Indicar orgánica del proyecto o contrato.
- (4) Indicar número de horas.
- (5) Indicar las horas que se realizarán por la mañana, las que se realizarán por la tarde, y los días de la semana (lunes, martes, etc...) en que se efectúan las mismas.

NOTA IMORTANTE: EL BECARIO DEBERÁ RECOGER PERSONALMENTE SU NOMBRAMIENTO EN LA SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN. ES IMPRESCINDIBLE COPIA DEL NOMBRAMIENTO DIRIGIDO AL BECARIO PARA PRESENTAR LA ORDEN DE PAGO EN SIOGI/OGICYT PARA EL COBRO DE LAS MENSUALIDADES.