**MODELO DE ACEPTACIÓN**

**PROGRAMA CONTRATOS PUENTE.**

**PLAN PROPIO INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA UGR 2017**

D./Dª.      , nacido/a en       el día,   de       de      , domiciliado/a en,       calle       código postal      , con N.I.F. o Pasaporte nº      .

**DECLARO:**

Estar en posesión del título de DOCTOR en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la Universidad

De\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ obtenido con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que acepto el contrato de personal investigador **del Programa CONTRATOS PUENTE. CONVOCATORIA 2017, concedido por Resolución de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Vicerrectorado de Investigación y Transferencia, que hace público el acuerdo de Consejo de Gobierno de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con destino en**

**ACEPTO LAS CONDICIONES DEL PROGRAMA:**

**INFORMO:**

1º Que mi incorporación al contrato será con fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2º En caso de solicitar aplazamiento indique la fecha (adjuntar solicitud motivada)

* Solicito un aplazamiento del plazo de incorporación hasta la siguiente fecha:

4º Que la presente **ayuda** está sujeta a las normas sobre incompatibilidades existentes que recoge la convocatoria y a las normas del centro al que se adscribe la misma.

En       a,    de       de 2017

EL/LA BENEFICIARIO/A DE LA AYUDA