

DATOS DEL RESPONSABLE O SUPERVISOR DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN QUE AUTORIZA

Institución Origen:	
País:	
Persona/s de contacto en centro de origen:	
Cargo de la persona/s de contacto:	
Teléfono persona de contacto centro origen:	
Email persona de contacto centro origen:	

DATOS PERSONALES DEL VISITANTE AUTORIZADO

Apellido/s:	
Nombre:	
Pasaporte /DNI/ NIE:	
Email:	
Grupo de Investigación en centro de origen:	
Beca o Contrato:	

Nombre y teléfono para contacto Emergencias:

DATOS SOBRE LA ESTANCIA EN EL ICIQ

Grupo de Investigación o unidad en ICIQ:	
Finalidad de la estancia:	
Fecha inicio estancia:	
Fecha fin estancia:	
Días estancia no consecutivos si procede: * máximo 5 días no consecutivos, si no, consultar	

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente documento,

Firmado:	Nombre y apellidos de quién autoriza:	
	Ciudad:	Fecha:
	Sello de la institución de origen:	

Nota: El ICIQ dispone de un seguro de accidentes dentro de sus instalaciones, que cubre todo el período de la estancia del personal no vinculado por contrato laboral con el centro.

No obstante, en ningún caso será responsabilidad del ICIQ, la cobertura sanitaria por enfermedad, la repatriación o cualquier otra de las coberturas propias de un seguro de viaje. La asistencia sanitaria de personal que efectúe colaboraciones con el ICIQ en caso de accidente de trabajo deberá procurarse por cuenta de la institución de origen o por medios propios de la persona.

El firmante de este documento, declara que toda la información que figura en él es veraz y que las copias de los documentos adjuntos en formato digital son el reflejo veraz y exacto de los documentos existentes firmados en formato papel. Con la firma de este documento, declaro que tengo autoridad legal para desplazar al trabajador de la empresa/universidad indicada en la cabecera del documento.