**AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL CENTRO DE ORIGEN EN RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN DEL SOLICITANTE EN LA I CONVOCATORIA DE AYUDAS A LA FORMACIÓN EN EL ÁREA DE CIENCIA DE DATOS EN MEDICINA PERSONALIZADA Y DE PRECISIÓN EN LA UNIVERSIDAD DE CORNELL (EE. UU.) Y COMPROMISO DE REINCORPORACIÓN DEL SOLICITANTE UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE FORMACIÓN**

D./Dña. ………………………………, mayor de edad y Documento Nacional de Identidad nº ……………… en su condición de ……………………………… (representante del centro de origen) del ………………………………… (especificar centro de origen) sito en……………………………….(incluir dirección completa: calle, localidad y código postal).

DECLARA que D./Dª. …………………., mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad nº …………………, forma parte del personal del mencionado centro, ACEPTANDO, su participación en calidad de SOLICITANTE a la “I Convocatoria de ayudas a la formación en el área de Ciencia de Datos en Medicina Personalizada y de Precisión en la Universidad de Cornell, y COMPROMETIÉNDOSE a reincorporarlo en su centro, tras realizar su periodo de formación.

Lo que se hace constar en ………………… a ………… de 2019, a los efectos oportunos.

Firma y sello del Representante del Centro de Origen