

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

FORMULARIO BECAS CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CÁNCER AÑO 2019

NOTA: TODOS LOS ÍTEMS A COMPLETAR SON DE CARÁCTER OBLIGATORIO PARA TENER EN CUENTA LA POSTULACIÓN.

1. DATOS PERSONALES

Apellido: _____ Nombres: _____
Nº de documento: _____ Nº de CUIL: _____
Fecha de nacimiento: _____
Lugar de nacimiento: _____
Estado Civil: _____
Domicilio actual: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
E-mail: _____

¿Cómo se enteró de esta beca? (**MARCAR SOLO UNA OPCIÓN**)

- Mailing
 Página web del INC
 Página web de Sociedades
 Ex becarios del INC
 Colegas ¿Quién? _____
 Otro. Detallar: _____

2. FORMACIÓN PROFESIONAL

Nombre de la carrera: _____
Universidad o Facultad: _____
Año de egreso: _____
Promedio: _____
Si realizó una residencia, mencione certificado de especialista obtenido: _____

3. BECA A LA QUE POSTULA

Especialidad a la que aplica (indicar solo UNA):

Nota importante: la elección final de la sede será por decisión de las autoridades del INC y será irremovible.

Solo para postulantes a la beca de 1 o 2 meses de duración. Seleccione mes/período de preferencia (La elección final será por decisión del INC según disponibilidad).

Becas de un mes de duración:

- Agosto
 Septiembre
 Octubre
 Noviembre

Becas de dos meses de duración:

- Agosto/Septiembre
 Octubre/Noviembre

4. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

Nombre del hospital donde de desempeña: _____

Dirección del Hospital:

Año de ingreso al hospital:

Cargo en la institución:

- Nombramiento
 Contratado
 Residente
 Concurrente
 Otro _____

Servicio en el que se desempeña:

Nombre del jefe/a de servicio:

Tel. del jefe/a de servicio:

Nombre de Director/a del Hospital:

Mail del jefe/a de servicio:

Mail del Director/a del Hospital:

5) ANEXOS

Adjuntar al presente formulario la siguiente documentación en formato A4 o carta:

-CV resumido del postulante (no más de 3 páginas), copia del título habilitante, carta de motivación y propuestas (explicar interés por la beca e ideas de cómo implementará lo aprendido una vez finalizada la misma). DE CARÁCTER - OBLIGATORIO, copia 1º y 2º hoja de DNI, copia de matrícula profesional.

-Contar con nota de aval del director ó autoridad del hospital al cual pertenece, que autorice a realizar la beca de capacitación en cualquiera de las sedes dispuestas por el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina (ver modelo a completar).

Del Director/a del Hospital de referencia:

Declaro mi aprobación a que el postulante pueda realizar, en caso de ser seleccionado, la beca de dedicación full time de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer otorgada por el Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina en hospital a designar.

.....
Nombre y Apellido

.....
Fecha y firma

Del postulante:

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en el Formulario y en el resto de la documentación entregada para participar del llamado a concurso de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer, y dejo constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento correspondiente.

.....
Nombre y Apellido

.....
Fecha y firma

Nota importante: este formulario solo es válido si se presenta acompañado por la documentación a adjuntar que se detalla en el Anexo I "Bases de convocatoria Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer"- Año 2019.

Remitir este formulario junto a la documentación solicitada al Instituto Nacional del Cáncer, sito en Av. Julio A. Roca 781 10º (C1067ABC), Capital Federal, Buenos Aires, Argentina, por correo postal o al mail que figura a continuación. Para mayor información contactarse a becascapacitacion.inc@gmail.com o a los teléfonos 5239-0583 ó 5239-0572.