



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
Las Malvinas son argentinas

### Anexo Disposicion

**Número:**

**Referencia:** Anexo II - Formulario de postulacion

---

## INC: Convocatoria a Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer - 2022

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

**\*Obligatorio**

1. Correo \*

### DATOS PERSONALES

2. Apellido \*

3. Nombre \*

4. DNI \*

5. CUIL \*

6. Fecha de nacimiento \*

*Ejemplo: 7 de enero del 2019*

7. Nacionalidad \*

***Marca solo un óvalo.***

Argentino/a nativo/a Argentino/a  
nacionalizado/a

Con acreditación de residencia permanente en Argentina

8. Provincia de nacimiento \*

***Marca solo un óvalo.***

CABA

Buenos Aires  
Catamarca Chaco  
Chubut Córdoba  
Corrientes Entre Ríos  
Formosa Jujuy

La Pampa La Rioja  
Mendoza Misiones  
Neuquén Río  
Negro Salta

San Juan San Luis  
Santa Cruz Santa Fe

Santiago del Estero

Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur Tucumán

No nací en Argentina

9. Localidad / Ciudad de nacimiento \*

10. Estado civil \*

***Marca solo un óvalo.***

Soltero/a Casada/o  
Divorciada/o Unión  
Civil Viudo/a

11. Domicilio particular \*

POR FAVOR ESPECIFICAR CALLE Y NÚMERO

12. Código postal \*

13. Localidad \*

14. Provincia \*

***Marca solo un óvalo.***

CABA

Buenos Aires  
Catamarca Chaco  
Chubut Córdoba  
Corrientes Entre Ríos  
Formosa Jujuy

La Pampa La Rioja  
Mendoza Misiones  
Neuquén Río  
Negro Salta

San Juan San Luis  
Santa Cruz Santa Fe

Santiago del Estero

Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur Tucumán

Otro

15. Teléfono celular \*

16. Teléfono fijo

Incluir característica telefónica y luego número completo

## FORMACIÓN PROFESIONAL

17. Nombre de la carrera \*

18. Institución que otorgó el título \*

19. Facultad \*

20. Promedio obtenido \*

21. Año de ingreso \*

22. Año de egreso \*

23. Si completó una Residencia en Salud, indicar el título de la especialidad \* obtenida, año de inicio y finalización, e institución (según certificado)

## SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

24. ¿Trabaja actualmente en una Institución de Salud? \*

***Marca solo un óvalo.***

SI NO

Otro:

25. Indique modalidad de contratación actual \*

***Marca solo un óvalo.***

Contrato (con duración y renovación anual) Planta permanente

Planta transitoria

Locación (modalidades de contratación servicios personales, menor a 1 año) Otros (beca, pasantía, etc)

26. Indique antigüedad en el cargo \*

***Marca solo un óvalo.***

Menos de 1 año 1 a 5 años

5 a 10 años Más de 10 años

Datos institucionales

27. Nombre de la institución de salud donde ejerce su profesión \*

28. Provincia del hospital/servicio de salud donde ejerce su profesión \*

***Marca solo un óvalo.***

CABA

Buenos Aires



Catamarca Chaco  
Chubut Córdoba  
Corrientes Entre Ríos  
Formosa Jujuy

La Pampa La Rioja  
Mendoza Misiones  
Neuquén Río  
Negro Salta

San Juan San Luis  
Santa Cruz Santa Fe

Santiago del Estero

Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur Tucumán

29. Localidad de la institución de salud donde ejerce su profesión \*

30. Año de ingreso \*

31. Servicio en el que se desempeña \*

32. Perfil profesional en el hospital/servicio de salud \*

## ***Marca solo un óvalo.***

Biólogo/a Biotecnólogo/a  
Bioquímico/a Enfermero/a  
Farmacéutico/a Médico/a  
Patólogo/a Psicólogo/a  
Técnico/a

Otro

33. Si su respuesta fue "Otro", por favor especificar:

34. Cargo en la estructura de la Institución de salud \*

### Referencias institucionales

35. Nombre completo de la persona responsable de la Dirección de la \* Institución de salud

36. Nombre completo del/la Jefe/a de Servicio de la Institución de salud \*

37. Mail del/la Jefe/a de Servicio de la Institución de salud \*

38. Teléfono del/la Jefe/a de Servicio de la Institución de salud \*

39. Mail de la Dirección de la Institución de salud \*

40. Teléfono de la Dirección de la Institución de salud \*

41. Datos de contacto del Departamento de Docencia e Investigación de la \* Institución de salud (nombre del responsable, mail y teléfono)

## BECA A LA QUE POSTULA

### 42. Especialidad oncológica \*

## *Marca solo un óvalo.*

Atención de Pacientes Adolescentes y Adultos/as Jóvenes con Cáncer Biología Molecular aplicada al diagnóstico y seguimiento de Leucemias

pediátricas

Biología Molecular e Investigación Traslacional en Oncología Digestiva Cirugía Mamaria

Citometría de Flujo para Diagnóstico y Seguimiento de Leucemias Agudas Pediátricas

Colposcopia

Cuidados Paliativos para Enfermero/a (Población adulta) Cuidados Paliativos para Médico/a (Población adulta)

Cuidados Paliativos para Médico/a (Población adulta). Actualización Cuidados Paliativos para Psicólogo/a (Población adulta). Actualización Cuidados Paliativos Pediátricos para Médico/a

Diagnóstico Mamario con foco en Intervencionismo Mamario Ecografía Mamaria

Endoscopia Digestiva para Médico/a Endoscopia Digestiva para Técnico/a Enfermería Oncológica pediátrica

Especialización en Diagnóstico y Tratamiento de Leucemias Agudas Pediátricas Farmacia Oncológica

Mamografía para médicos/as especialistas en diagnóstico por imágenes Mamografía para técnicas/os radiólogas/os

Oncología Gastrointestinal

Ortopedia y Traumatología Oncológica Infantil Patología Molecular

Radioterapia del Cáncer de Mama

Sostén clínico de paciente oncológico pediátrico Tumores Hepato-Bilio-Pancreáticos (T-HBP)

En el caso de las especialidades oncológicas que ofrezcan más de una sede de capacitación, las autoridades del INC, con base en la evaluación de la Comisión Evaluadora, definirán la asignación de las/los becarias/os en cada una de ellas.

## DECLARACIÓN JURADA

43. Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en el \* Formulario de postulación y en el resto de la documentación entregada

para participar en la Convocatoria de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer - 2022. Asimismo, dejo constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento correspondiente, según “Bases y Condiciones” y Anexos contenidos en la presente Convocatoria.

***Marca solo un óvalo.***

SÍ NO

## DIFUSIÓN DE LA CONVOCATORIA

44. ¿Cómo tomó conocimiento de esta Convocatoria? \*

***Marca solo un óvalo.***

INC

Sociedad científicas / profesionales Un/a colega

Redes sociales Otro

45. Si su respuesta fue "Otro", por favor especificar a través de qué medio o dispositivo