



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

**Anexo Disposicion**

**Número:**

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

---

INC: Convocatoria a Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Registro de Cáncer de Base Poblacional  
- Edición 2023

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

La presente convocatoria está dirigida a profesionales de la salud (Licenciaturas y/o tecnicaturas en áreas afines a la salud)

\* Indica que la pregunta es obligatoria

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/Jurisdicción \*

Marca solo un óvalo.

Bahía Blanca

Córdoba

Chaco

Mendoza

Neuquén

15. Teléfono celular \*

16. Teléfono fijo

Incluir código de área y luego número completo

Salta a la pregunta 17

FORMACIÓN PROFESIONAL (Secundario)

17. Estudios Secundarios Completos \*

(Recuerde que si usted no tiene estudios secundarios completos no aplica para la Beca).

Marca solo un óvalo.

Sí Salta a la pregunta 18

## FORMACIÓN PROFESIONAL (Estudios Superiores)

18. Indique si completó Estudios Superiores Universitarios y NO Universitarios \* (Recuerde que si usted no tiene estudios superiores universitarios y no universitarios completos o en curso, no aplica para la Beca).

Marca solo un óvalo.

Si

En curso Salta a la pregunta 29

Estudios Superiores Universitarios y No Universitarios

19. Nombre de la carrera \*

20. Institución que otorgó el título \*

21. Promedio obtenido \*

22. Año de ingreso \*

23. Año de egreso \*

Salta a la pregunta 24

RESIDENCIA EN SALUD

24. ¿Completó una Residencia en Salud? \*

Marca solo un óvalo.

SI Salta a la pregunta 25

NO Salta a la pregunta 33

#### DATOS DE RESIDENCIA EN SALUD

25. Especialidad \*

26. Institución \*

27. Inicio \*

Ejemplo: 7 de enero del 2019

28. Final \*

Ejemplo: 7 de enero del 2019

Salta a la pregunta 33

Estudios Superiores Universitarios/No Universitarios (EN CURSO)

29. Nombre de la carrera \*

30. Institución que otorga el título \*

31. Indique el año en curso respecto de la duración total del plan de estudios \*

32. Promedio obtenido hasta el 1er semestre de 2023 \*

Salta a la pregunta 33

### SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

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

Marca solo un óvalo.

SI

NO Salta a la pregunta 50

### SECTOR DE SALUD

34. Sector \*

Marca solo un óvalo.

Público Privado

35. 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)

36. 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

Salta a la pregunta 37

Datos institucionales

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

38. Provincia o Municipio del hospital/servicio de salud donde ejerce su profesión \*

Marca solo un óvalo.

Bahía Blanca

Córdoba

Chaco

Mendoza

Neuquén

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

40. Año de ingreso \*

41. Servicio/sector/área en la que se desempeña \*

42. Cargo en la estructura de la institución de salud \*

43. Nombre completo del/la jefe/a de servicio de la institución de salud \*

44. Mail del/la jefe/a de servicio de la institución de salud \*

45. Teléfono del/la jefe/a de servicio de la institución de salud \*

46. Nombre completo de la persona responsable de la Dirección de la institución \*  
de salud

47. Mail de la Dirección de la institución de salud \*

48. Teléfono de la Dirección de la institución de salud \*

49. 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

50. Especialidad oncológica y sede \*

Marca solo un óvalo.

Formación de Recursos Humanos en Registro de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) Bahía Blanca

Formación de Recursos Humanos en Registro de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) Córdoba

Formación de Recursos Humanos en Registro de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) Chaco

Formación de Recursos Humanos en Registro de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) Mendoza

Formación de Recursos Humanos en Registro de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) Neuquén

Salta a la sección 13 (IMPORTANTE: en el marco de la Convocatoria, se asignará un cupo por sede de capacitación (RCBP de Bahía Blanca, Córdoba, Chaco, Mendoza, Neuquén))

IMPORTANTE: en el marco de la Convocatoria, se asignará un cupo por sede de capacitación (RCBP de Bahía Blanca, Córdoba, Chaco, Mendoza,

Neuquén)

Salta a la pregunta 51

#### DECLARACIÓN JURADA

51. Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en este \* Formulario de postulación, que serán corroborados con la documentación a entregar (certificados y documentos solicitados) para participar en la

Convocatoria de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Registros de Cáncer de Base Poblacional - Edición 2023.

Asimismo, dejo constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento (Bases y Condiciones) de la presente Convocatoria (Anexos I al VIII) .

Marca solo un óvalo.

SÍ

NO

Salta a la pregunta 52

## DIFUSIÓN DE LA CONVOCATORIA

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

Marca solo un óvalo.

Correo electrónico

Sitio Web del INC

Sociedad científicas / profesionales

Un/a colega

Redes sociales

Otro

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