



Ministerio de Salud
Argentina

Anexo VI

Formulario de renuncia a Beca

1. DATOS PERSONALES
1.1. Apellido/s
1.2. Nombre/s
1.3 Documento Tipo: N° (completar sin puntos ni guiones)
1.4 Correo electrónico: @
2. DATOS ACADÉMICOS
2.1. Categoría de Beca
2.2. Fecha de renuncia
3. MOTIVOS DE LA RENUNCIA
Indique brevemente los motivos por los que ha decidido renunciar a su beca
4. FIRMA DEL BECARIO/A
<p>.....</p> <p>Firma del Becario/a</p> <p>.....</p> <p>Aclaración</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>Por medio de la presente declaro en carácter de DECLARACIÓN JURADA que los datos que se consignan SON FIDEDIGNOS.</p>
5. En mi carácter de DIRECTOR/A DE BECA tomó conocimiento de la presente decisión.



Ministerio de Salud
Argentina

<p><i>Lugar y fecha.</i></p> <p>.....</p> <p><i>Firma del Director/a</i></p> <p><i>Aclaración</i></p>
<p>6. En mi carácter de CODIRECTOR/A DE BECA tomé conocimiento de la presente decisión (si corresponde)</p>
<p><i>Lugar y fecha.</i></p> <p>.....</p> <p><i>Firma del Codirector /a</i></p> <p><i>Aclaración</i></p>



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

Hoja Adicional de Firmas
Anexo Disposición

Número:

Referencia: Anexo VI - Formulario renuncia beca

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.