

## ANEXO III

## MODELO DE NOTA DE AVAL PARA LA POSTULACIÓN

(Colocar membrete o utilizar hoja con membrete institucional/jurisdiccional)

**Aclaración:** quien firma la nota, debe ser una autoridad con facultad para respaldar y disponer de las condiciones que garanticen una licencia temporaria de la/el postulante en su servicio de origen. También podrá ser firmada por una autoridad competente de la jurisdicción y deberá adecuarse el modelo de nota a tal efecto.

**Importante:** acompañar con fotocopia de DNI y copia de la designación en el cargo que reviste.

Fecha y lugar (completar)

Instituto Nacional del Cáncer (INC)

Dirección Nacional

Presente

Por medio de la presente es nuestra intención avalar institucionalmente la postulación de la/el profesional \_\_\_\_\_ (completar con nombre/s y apellido/s de quien realiza la postulación), con DNI N° \_\_\_\_\_ (completar sin colocar puntos), y matrícula nacional/provincial N° (completar sin colocar puntos) en la "Convocatoria a Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer. Segunda Edición - Año 2023" (Resolución Ministerial N° 508/11), promovida por el INC.

Declaro haber leído el Programa y conocer que la postulación está orientada a la capacitación en la especialidad " \_\_\_\_\_ " (completar según la denominación del área oncológica que figura en el programa seleccionado – Anexo VIII) con dedicación exclusiva, por el plazo de \_\_\_\_\_ mes/meses (completar según la duración de la beca seleccionada), y con un estipendio mensual.



Instituto Nacional  
del Cáncer



Ministerio de Salud  
Argentina

En línea con el Programa de la Beca, quien postula posee ..... (detallar las habilidades, conocimiento y experiencia profesional) para desarrollar las actividades relacionadas con el perfil profesional solicitado.

Asimismo, tomo conocimiento de que dicha capacitación intensiva y presencial se desarrollará en \_\_\_\_\_ (completar referencia geográfica del hospital o centro médico donde tendrá lugar la capacitación) y que, en caso de otorgársele, la/el postulante deberá trasladarse a dicha jurisdicción para el abordaje del plan propuesto de formación en servicio.

Cabe señalar que la institución ha otorgado una licencia temporaria..... (indicar si es con/sin goce de sueldo) a la/el profesional postulante, de modo que pueda participar en esta oportunidad de capacitación gratuita en un centro de calidad académica y científica (en caso de no corresponder, eliminar el párrafo).

Finalmente, en adhesión a los objetivos de la Convocatoria a becas respecto de la formación de profesionales y fortalecimiento de los equipos de salud en el país, la institución, en articulación con el INC, asume el compromiso de incentivar el desarrollo profesional continuo de quien postula, en caso de resultar adjudicatario/a de la beca.

Saluda a usted muy atentamente.

---

Firma/cargo/sello institucional de la autoridad de la institución/jurisdicción que avala la postulación.



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

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Anexo III - Nota de aval (Becas 2da Edición)

---

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