

CONVOCATORIA A BECAS DE CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CÁNCER "ENTRENAMIENTO EN ASESORAMIENTO GENÉTICO EN ONCOLOGÍA (AGO) MEDIANTE TELEMEDICINA. TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA DE CONOCIMIENTOS A MÉDICOS/AS EN SITUACIÓN DE CONSULTA CLÍNICA".

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Correo *

2. Nombre/s: *

3. Apellido/s: *

4. DNI: *

5. CUIL:

6. Fecha de Nacimiento: *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

7. Mail: *

8. Teléfono de contacto: *

9. Nacionalidad: *

Marca solo un óvalo.

Argentino/a nativo/a

Argentino/a Nacionalizado/a

Con acreditación de residencia permanente en Argentina

10. Provincia de residencia: *

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

11. Localidad: *

12. Estado Civil: *

Marca solo un óvalo.

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

13. Domicilio particular (especifique calle, número, piso o departamento) *

14. Código postal: *

FORMACIÓN PROFESIONAL

15. Institución que otorga el título de médico: *

16. Promedio obtenido: *

17. Año de ingreso: *

18. Año de egreso: *

19. Matrícula Nacional (número):

20. Matrícula Provincial (número):

21. Especialidad/es (indicar institución/es que otorgaron el/los títulos) *

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

22. Nombre de la institución de salud donde establecería el consultorio de AGO: *

23. Provincia: *

24. Entidad: *

Marca solo un óvalo.

Pública

Universitaria Pública

Privada

25. Servicio/sector/área en la que se desempeña: *

26. Cargo que ocupa en la estructura de la Institución de salud: *

27. Indique modalidad de prestación de servicios actual en la institución: *

Marca solo un óvalo.

Planta permanente

Contrato

Otros (beca, pasantía, rotación, concurrencia)

REFERENCIAS INSTITUCIONALES

28. Nombre completo de la persona responsable de la Dirección del establecimiento: *

29. Nombre completo del/la Jefe/a de Servicio/Area: *

30. Mail del/la Jefe/a de Servicio/Area: *

DIFUSIÓN DE LA CONVOCATORIA

31. ¿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: _____

DECLARACIÓN JURADA

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 a Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer "Entrenamiento en Asesoramiento Genético en Oncología (AGO) mediante Telemedicina. Transferencia tecnológica de conocimientos a médicos/as en situación de consulta clínica"

32. Asimismo, dejo constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento (Bases y Condiciones) de la presente Convocatoria. *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO VIII - FORMULARIO POSTULACIÓN BECARIOS - TELEMEDICINA PROCAFA 2024-
EX-2024-47216025-APN-DA#INC

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.