



FORMULARIO

SOLICITUD BECAS HOSPITALARIAS



Completar con letra **impresora mayúscula** todos los ítems

INFORMACIÓN DE LA BECA

SERVICIO/ÁREA:

NOMBRE DEL PROGRAMA

DIRECTORES DE BECA:

E-MAIL:

SOLICITE PROGRAMA DE BECA (marcar con una X según corresponda)

INICIACIÓN (Solo título de grado)
 • ADSCRIPTA AL RÉGIMEN DE RESIDENCIA SI NO

PERFECCIONAMIENTO (Requieren formación de posgrado, solo profesionales)
 • ADSCRIPTA AL RÉGIMEN DE RESIDENCIA SI NO

PROGRAMA ESPECIAL (Programas específicamente destinados al fortalecimiento o incorporación de un sistema asistencial o tecnología). Maque debajo los requisitos:

1 (una) RESIDENCIA PREVIA BECA POR LLAMADO A CONCURSO
 2 (dos) RESIDENCIAS PREVIAS BECA CON DESIGNACIÓN

.....
 (Indique nombre y apellido del becario designado y adjunte CV)

- PROGRAMA DE BECA NUEVO
- PROGRAMA DE BECA EXISTENTE (renovación o un programa ya otorgado)
- PARA PROFESIONAL
- PARA TÉCNICO
- BECA SIN GUARDIAS
- BECA CON GUARDIAS

CUPO DE INGRESANTES SOLICITADOS (Cantidad):(Si solicita cupos nuevos adjunte justificación)

DURACIÓN DEL PROGRAMA: Años CARGA HORARIA SEMANAL: 42 Hs tras Hs

En caso de que la vacante sea otorgada por concurso, proponga el Jurado (entre 2 y 4 miembros):

1) 2)
 3) 4)

PERFIL DEL BECARIO - datos académicos

TÍTULO Requerido:

¿Requiere MATRÍCULA? SI NO Edad preferentemente menor a: años

FORMACIÓN PREVIA EXCLUYENTE: (Residencia básica, Curso Superior, conocimientos específicos en el área de referencia, etc...)

FORMACIÓN PREVIA NO EXCLUYENTE:

OBSERVACIONES:

Para completar la solicitud debe enviar
becas@garrahan.edu.ar
 el Programa de Beca actualizado

.....
 FIRMA Y SELLO JEFE DE SERVICIO