



Programa Latinoamericano de Investigación en
Salud Sexual y Reproductiva A. C.

**FORMULARIO PARA LA
SOLICITUD DE
BECAS DE CAPACITACIÓN**

PARA USO EXCLUSIVO DE <u>PLISSER</u>
BECA No. :
FECHA DE RECEPCION :
FECHA DE INICIACION :

1.0 IDENTIFICACIÓN DEL CANDIDATO		
APELLIDOS		NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	EDAD
NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN	CALLE	No.
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TEL / FAX / E-MAIL
NOMBRE DEL CÓNYUGE		
NÚMERO DE HIJOS Y EDADES		
<p>Instrucciones: Conteste cada pregunta en forma precisa y completa (letra Times New Roman 12). Utilice hojas suplementarias si es necesario, siguiendo el mismo formato. Este formulario deberá ser enviado por correo electrónico a la Dirección Ejecutiva de PLISSER (pcuasnicu@ibyme.conicet.gov.ar / pcuasnicu@gmail.com)</p>		

2.0 ESTUDIOS UNIVERSITARIOS				
Institución (Nombre y Lugar)	Años de estudio		Tema	Grado Obtenido
	de mes año	hasta mes año		
3.0 BECAS OBTENIDAS PREVIAMENTE (FECHA, LUGAR, ORIGEN, OBJETIVO)				
4.0 EXPERIENCIA INSTITUCIONAL				
LUGAR DE TRABAJO ACTUAL				
NOMBRE				
TIPO DE INSTITUCIÓN: SERVICIO / EDUCACIÓN / INVESTIGACIÓN				
AÑOS DE SERVICIO:		DE:	HASTA:	
CARGO QUE DESEMPEÑA:				
JEFE DE SERVICIO:				
NOMBRE / E-MAIL DEL DIRECTOR DEL SOLICITANTE:				
TELÉFONO / FAX / E-MAIL DEL ESTABLECIMIENTO:				
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:				
DESCRIBA LAS TAREAS QUE REALIZA:				

5.0 EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN:

5.1 INVESTIGACIÓN ACTUAL:

(Indique área, objetivos, tiempo de duración, resultados, investigador principal, investigadores asociados, financiamiento de los proyectos)

5.2 INVESTIGACIONES ANTERIORES

(Indique: área, objetivos, tiempo de duración, resultados, investigador principal, investigadores asociados, financiamiento de los proyectos)

6.0 PUBLICACIONES (últimos 5 años)
7.0 ENTRENAMIENTO
7.1 TITULO
7.2 DESCRIPCION (describa el entrenamiento que solicita completando <u>todos</u> los puntos que se describen a continuación (Máximo total 3 hojas): a) Breve introducción al tema, b) Objetivos, c) Diseño experimental, d) Razones por las cuales solicita realizar el entrenamiento.

7.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN (puede marcar más de un casillero)

BIOMÉDICA BÁSICA BIOMÉDICA CLÍNICA EPIDEMIOLOGÍA CS SOCIALES

7.4 DURACIÓN DEL ENTRENAMIENTO (MESES)

7.5 RELEVANCIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS NACIONALES:

7.6 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE ENTRENAMIENTO ELEGIDO:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

DIRECCIÓN COMPLETA:

TEL /FAX / E-MAIL

NOMBRE / E-MAIL DEL CIENTÍFICO RESPONSABLE DEL ENTRENAMIENTO:

7.7 FECHA PROBABLE DE INICIO DEL ENTRENAMIENTO:

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD:

Nombre y firma del director de la
institución del solicitante

Nombre y firma del director del
grupo de trabajo del solicitante

Nombre y firma del solicitante
