

**BECAS EN EL SECTOR SANITARIO OFRECIDAS A CIUDADANOS LATINOAMERICANOS PARA EL AÑO 2018**

**SOLICITUD DE BECA**  
(escribir en letra imprenta o computador)

**A. DATOS PERSONALES**

<b>Nombre</b> (como resulta en su documento de identidad):	Fotografía
<b>Apellido</b> (como resulta su documento de identidad):	
<b>Número del pasaporte</b> (si ya disponible):	
<b>Lugar de nacimiento:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Nacionalidad:</b>	<b>País de residencia:</b>
<b>Dirección particular:</b>	<b>Teléfono</b> (con prefijo) :  <b>Celular:</b>  <b>e-mail:</b>

**B. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL**

<b>Nombre de la Institución:</b>	
<b>Indicar si la Institución es pública</b> (título preferencial) <b>o privada:</b>	
<b>Cargo que desempeña:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono</b> (con prefijo internacional):
	<b>E-mail:</b>
<b>Personas de referencia:</b>	
<b>Cargo:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Mail:</b>	
<b>¿Tiene Usted Carta de presentación por la institución de procedencia?:</b> <b>Sí</b> _____ <b>No</b> _____	

### C. FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN

<b>Curso de grado:</b>	<b>Cursos de especialización y de postgrado:</b>
<b>Universidad:</b>	<b>Institución:</b>
<b>Título conseguido:</b>	<b>Título obtenido:</b>

### D. INFORMACIONES SOBRE LA PASANTÍA QUE PRETENDE REALIZAR

**Título del proyecto sobre el cual versará la pasantía:**

**Duración prevista para la realización de la pasantía (máximo 6 meses):**

**Período tentativo (la pasantía deberá iniciar dentro del 2018):**

**¿Está Usted ya en contacto con una Institución italiana donde pretende realizar la pasantía?:**  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**En caso afirmativo indicar nombre y contacto del tutor y si tiene carta de aceptación de parte del mismo, adjuntar una copia a la presentación:**

**En caso negativo, la Comisión científica de evaluación de las candidaturas de la IILA propondrá una Institución y un tutor de acuerdo al tema de la pasantía.**

### E. TÍTULOS PREFERENCIALES PARA LA SELECCIÓN

**Conocimiento del idioma italiano: Bueno \_\_\_\_\_ Suficiente \_\_\_\_\_ No suficiente \_\_\_\_\_**

**¿Ha colaborado Usted con proyectos apoyados por la Cooperación Italiana? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**En caso afirmativo indicar el nombre de la Institución/Proyecto y la duración de la relación de colaboración:**

### F. OTRAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES

**Nombre de la Institución:**

**Cargo desempeñado:**

**Duración de la relación laboral:**

**Persona de referencia:**

<b>Nombre de la Institución:</b> <b>Cargo desempeñado:</b> <b>Duración de la relación laboral:</b> <b>Persona de referencia:</b>  <b>¿Tiene Usted cartas de referencia?:</b> <b>Sí</b> _____ <b>No</b> _____
---

## G. PUBLICACIONES

Listar eventuales publicaciones realizadas.
---

## H. OBLIGACIONES DEL BECARIO

La asignación de la beca prevé las siguientes obligaciones: <ul style="list-style-type: none"><li>- Participar en todas las actividades previstas por la institución en la cual se realiza la pasantía.</li><li>- Presentar un informe final sobre los resultados obtenidos, aprobado por el Tutor del Instituto donde ha efectuado la pasantía. El mismo o parte de él podrá ser publicado por la IILA con fines de divulgación y sin fines de lucro.</li></ul> La beca podrá ser suspendida o revocada por incumplimiento de las obligaciones arriba citadas o por motivos disciplinarios u otros.
--

## I. ANEXOS

<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Esquema del proyecto que pretende realizar en la pasantía</b> (máx. 300 palabras);</li><li>2. <b>Breve ilustración sobre la importancia que podrá tener la pasantía en el marco de las funciones que Usted desempeña en su Institución</b> (máx. 200 palabras);</li><li>3. <b>Copia de certificados de estudio</b> (grado universitario/postgrado/especialización);</li><li>4. <b>Certificado de salud física y mental expedido con fecha no anterior a tres meses de la presentación de la solicitud;</b></li><li>5. <b>Eventual carta de presentación por parte de la Institución en la cual Usted trabaja que apoye la importancia de la pasantía;</b></li><li>6. <b>Eventual carta de aceptación por parte del tutor de la Institución italiana en la cual pretende realizar la pasantía</b> (en caso de que Usted ya haya realizado el contacto);</li><li>7. <b>Eventual certificado de idioma que de cuenta del conocimiento del italiano</b></li><li>8. <b>Eventuales cartas de referencia profesional.</b></li></ol>
--

Lugar y fecha: ..... Firma.....

## **MODALIDAD DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD**

El presente formulario deberá ser compilado en todas sus partes y adelantado, sin los anexos listados en el punto I. ANEXOS, por correo electrónico a [borse@iila.org](mailto:borse@iila.org) **antes del 17 de noviembre de 2017. Indicar en el objeto BECAS SECTOR SANITARIO.**

El mismo formulario, impreso, firmado en original y CON de los anexos listados en el punto I, deberá ser enviado, dentro de la misma fecha impostergable del 17 de noviembre de 2017 a la Embajada del país del candidato en Italia (Roma) por correo electrónico –con acuse de recibo - desde donde sucesivamente se transmitirá oficialmente a la IILA.

**ATENCIÓN: SOLAMENTE SE TOMARÁN EN CUENTA LAS CANDIDATURAS QUE HAYAN CUMPLIDO CON LA MODALIDAD DE PRESENTACIÓN ARRIBA DESCRITA**

Se informa a los candidatos que los documentos enviados por correo electrónico podrán ser solicitados eventualmente en original durante el proceso de selección.

**LA PARTICIPACION EN ESTA CONVOCATORIA IMPLICA LA ACEPTACION DE TODAS LAS BASES Y CONDICIONES DE LA MISMA.**