|  |
| --- |
| **BECAS EXTERNAS DE POSGRADO 2025****ORD.N°06/19-CS****FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN** |
|  |
| Nombre de la Carrera por la que solicita la beca |
| **TIPO DE ESTUDIO (Marcar con una X)** |
| DOCTORADO |  | MAESTRÍA |  | ESPECIALIZACIÓN  |  |  |
|  |  |
| Duración  | Res. CONEAU/ME,u Organismo Evaluador Internacional |
|  |
| UNIVERSIDAD |
|  |
| PROVINCIA / PAÍS (si correspondiere) |
| **NÚMERO DE SOLICITUD (Marcar con una X)** |
| 1ª VEZ |  | 1ª RENOVACIÓN |  | 2ª RENOVACIÓN  |  | 3ª RENOVACIÓN |  |  |
| **MODALIDAD (Marcar con una X)** |
| PRESENCIAL |  | SEMI-PRESENCIAL |  | A DISTANCIA |  |  |
| **DATOS PERSONALES** |
|  |  |
| Apellidos | Nombres *\*Escriba todos los nombres sin abreviaturas como figura en el DNI.* |
|  |  |  |  |
| Tipo y Nº de Documento | Fecha de Nacimiento | Teléfono | CUIL Nº |
|  |
| **Mail** *\*Correo electrónico personal, el que será válido para todas las notificaciones e intimaciones que realice la Universidad, inherente a la tramitación, otorgamiento y seguimiento de la Beca.* |
| **DOMICILIO** |
|  |  |  |
| Calle | Nº | Barrio |
|  |  |  |
| Piso | Dpto. | Localidad |
|  |  |
| Provincia | CP |
| **ESTUDIOS DE GRADO REALIZADOS**  |
|  |
| Carrera |
|  |
| Universidad |
|  |
| País |
| **CARRERAS DE POSGRADO REALIZADAS** |
|  |
| Título Obtenido |
|  |
| Universidad |
| **OTRAS BECAS EN TRAMITE O VIGENTES (Marcar con una X)** |
| EN TRÁMITE |  | VIGENTES |  |  |
|  |
| Institución otorgante |
|  |
| Objeto de la beca |
|  |
| Lugar donde se ejecuta |
|  |
| Fecha de finalización |
| ¿SOLICITÓ ANTERIORMENTE BECA DE POSGRADO EN UNSJ?NO(Marcar con una X) | SI |  |  |
| Año | Carrera |
|  |
| \*Si solicitó anteriormente beca de posgrado, indique año y carrera.  |
| **SITUACIÓN DE REVISTA EN LA UNSJ** |
| **DOCENTES** |
|  |  |  |  |  |
| Unidad donde desarrolla las actividades | Cargo | Dedicación | Carácter | Antigüedad en años |
| ¿SOLICITÓ LICENCIA?Marcar con una X  | SI | ParcialTotal |
| NO |
| \*Si solicitó licencia indique si la misma es parcial o total (Marcar con una X)  |
|  |
| FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD EN DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES |
| **PERSONAL NODOCENTE** |
|  |  |  |  |
| Unidad donde desarrolla las actividades | Categoría | Agrup. | Antigüedad en años |
|  |
| Funciones habituales que cumple |
|  ¿SOLICITÓ LICENCIA?  Marcar con una X  | SI | ParcialTotal |
| NO |
| \*Si solicitó licencia indique si la misma es parcial o total (Marcar con una X)  |
|  |
| FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD EN DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES |

|  |
| --- |
| **DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES (\*)** |
| Repartición, Establecimiento, Institución o Empresa | Cargo o Actividad | Total de Hs. |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***(\*) Deberá declarar todos los cargos, actividades y ocupaciones que desempeñe, cualquiera sea la naturaleza jurídica de la repartición, institución o empresa. (Administración Pública Centralizada, Descentralizada, otras Universidades, Empresas Privadas, etc.)*** |

***Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.***

***El personal que no cumpliere en tiempo y forma, con la rendición del gasto para el que se le anticiparon los fondos, será intimado a través de la autoridad universitaria competente, para que dentro de los diez (10) días hábiles inmediatos posteriores, regularice su situación. De no hacerlo, el monto anticipado y no rendido o el pendiente de reintegro, será deducido de sus haberes, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias pertinentes.***

 ------------------------- ------------------------

 Lugar y Fecha Firma del Declarante