**Formulario de inscripción para el concurso de Becas**

Tengo el agrado de dirigirme al Sr. Presidente, con el objeto de solicitarle se me inscriba en el concurso de Becas de Investigación de la SAP, para el año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de acuerdo al Reglamento actualmente vigente. A tal efecto hago constar en el formulario adjunto los datos correspondientes y acompaño la documentación requerida.

Declaro conocer el Reglamento de Becas de la SAP y aceptar cada una de las obligaciones que de él derivan, comprometiéndome desde ya, formalmente a su cumplimiento en caso de que me fuera otorgada la Beca.

1. **Datos Personales del solicitante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| DNI |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Edad |  |
| Nacionalidad |  |
| Estado civil |  |
| Dirección |  |
| Teléfonos |  |
| Correo electrónico |  |
| Región SAP |  |

1.1 Estudios Universitarios

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la institución | Fecha de ingreso | Fecha de egreso | Título |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. Residencia o Concurrencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la institución | Fecha de ingreso | Fecha de egreso | Especialidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **¿Tiene otra beca en gestión?** SI / NO
2. **Datos del proyecto presentado**

3.1 Título del proyecto:

3.2 Institución en la cual se desarrollará el proyecto:

1. **Información del Director de Beca**:

Nombre:

Institución en donde se desempeña:

Servicio:

Función:

Correo electrónico:

Declaro conocer y aceptar el Reglamento de Becas de la SAP y las obligaciones que de él se derivan para los Directores de Becas y dejo constancia que he formulado el plan de trabajo del solicitante y estimado su cronograma de ejecución en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento actualmente vigente.

Asimismo, me hago responsable ante la SAP de que, en el caso de serle concedida la Beca, se le proporcionará al solicitante, en el lugar de trabajo propuesto, los elementos necesarios para llevar a cabo su tarea.

Firma y sello

Fecha

1. **Certificación del Secretario del Comité de Docencia o Director de la institución donde realizará la beca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que ocupa el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presta su acuerdo para que en el caso de ser acordada la beca al concursante, el trabajo motivo de la misma pueda ser realizado en el (Instituto – Laboratorio – etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bajo la

dirección indicada.

Firma y sello

Fecha