

CONVOCATORIA A BECAS DE CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CÁNCER/INC 2DA EDICIÓN -AÑO 2023

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

Estimado/a profesional,

Previo a completar este formulario debe tener en cuenta que usted es responsable por la veracidad de la información y documentación que proporciona en el marco de la Convocatoria, comprometiéndose a presentar los documentos originales en caso de que le fueran solicitados por la Comisión Evaluadora.

En cuanto al procedimiento, recuerde que luego de completar este formulario, usted deberá:

1. Descargarlo

2. Imprimirlo y firmarlo

3. Escanearlo y enviarlo al mail capacitacion@inc.gob.ar

IMPORTANTE: indique una dirección de correo electrónico que utilice con regularidad y no reporte problemas técnicos.

Todas Las comunicaciones serán canalizadas por dicho medio.

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

1. Correo *

CONDICIONES PARA POSTULAR A LAS BECAS DEL INC:

Podrán postular a las BECAS:

- Argentinas/os, nativas/os o nacionalizadas/os, o aquellas/os que acrediten residencia permanente en el país.
- Profesionales de la salud graduados/as en universidades nacionales públicas o privadas reconocidas oficialmente, y graduados/as en universidades extranjeras con títulos reconocidos/convalidados por las autoridades argentinas competentes.
- Profesionales que se desempeñen en hospitales o instituciones de salud de alcance nacional, provincial o municipal. Se priorizarán las postulaciones de las/os profesionales que provengan del sector público y cuenten con nota de aval institucional o jurisdiccional.
- Profesionales que no estén recibiendo otras becas o subsidios del Instituto Nacional del Cáncer, del Ministerio de Salud de la Nación o provinciales al momento de presentar la solicitud de admisión. Esta restricción abarca desde el momento de la presentación de la postulación hasta la finalización del trayecto formativo que ofrecen las BECAS del INC.

DATOS PERSONALES

2. Apellido *

3. Nombre *

4. DNI *

5. CUIL *

6. Fecha de nacimiento *

7. Género *

Marca una opción

- Mujer
- mujer trans
- travesti
- varón

- varón trans
- no binario
- otra identidad/ninguna de las anteriores
- prefiero no decir
- ignorado

8. Nacionalidad *

Marca una opción

- Argentino/a nativo/a
- Argentino/a nacionalizado/a
- Con acreditación de residencia permanente en Argentina

9. Estado civil *

Marca solo una opción.

- Soltera/o
- casada/o
- divorciada/o
- unión civil
- viudo/a

10. Domicilio particular *

Por favor, especificar calle y número:

11. Código postal *

12. Provincia:

- CABA
- Buenos Aires
- Catamarca
- Chaco
- Chubut
- Córdoba
- Corrientes
- Entre Ríos
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- La Rioja
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- Río Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fé
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán

- Otro

13. Localidad

14. Teléfono celular

15. Teléfono fijo

Incluir código de área y luego número completo:

16. Teléfono alternativo * (Familiar o persona allegada a quien contactar en caso de urgencia)

Incluir código de área y luego número completo:

FORMACIÓN PROFESIONAL

Estudios Superiores

17. Nombre de la carrera *

18. Institución que otorgó el título *

19. Facultad

20. Promedio obtenido

21. Año de ingreso

22. Año de egreso *

23. Si completó una Residencia del Equipo de Salud, indicar el título de la *
especialidad obtenida, año de inicio y finalización, e institución (según certificado)

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

24. ¿Trabaja actualmente en una Institución de Salud o en actividades afines? *

Marca solo un óvalo.

- SI
- SI, en más de una Institución
- NO (Salta a la pregunta 50)

DATOS INSTITUCIONALES

Completar los datos de la Institución donde ejerce su profesión con mayor dedicación horaria.

25. ¿A qué sector pertenece?

- Público
- Privado
- Otro

26. Nombre de la institución/establecimiento donde ejerce su profesión con mayor dedicación horaria:

27. Provincia de la institución/establecimiento de salud donde ejerce su profesión

- CABA
- Buenos Aires
- Catamarca

- Chaco
- Chubut
- Córdoba
- Corrientes
- Entre Ríos
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- La Rioja
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- Río Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fé
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán
- Otro

28. Localidad de la institución de salud donde ejerce su profesión *

29. La institución/efector sanitario donde se desempeña, ¿a qué nivel corresponde?

- Primer nivel de atención / Centro de atención primaria de la Salud (CAPS) Segundo nivel de atención / hospital general
- Tercer nivel de atención / hospital especializado / de alta complejidad
- Nivel central nacional, provincial o municipal (ministerio,secretaría de salud,programa)
- No trabajo en el sistema de salud
- No estoy trabajando actualmente

30. Año de ingreso a la Institución *

31. Indique modalidad de contratación actual *

Marca solo un óvalo.

- Contrato (con duración y renovación anual)Planta
- permanente
- Planta transitoria
- Locación (contratación de servicios personales,menor a 1 año)
- Otros (beca, pasantía, etc.)

32. En el caso de que haya indicado "Planta Permanente" detalle en qué año concursó su cargo y el número de resolución (o documentación probatoria del área/dirección de RRHH del hospital/institución):

33. Indique antigüedad en el cargo *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 año
- 1 a 5 años

- 5 a 10 años Más de
- 10 años

34. Servicio en el que se desempeña *

35. Cargo en la estructura de la institución de salud *

36. Perfil profesional en el hospital/servicio de salud *

Marca solo un óvalo.

- Bióloga/o Bioquímica/o Biotecnóloga/o
- Enfermera/o (Licenciatura/Tecnicatura) Farmacéutica/o
- Instrumentador/a Quirúrgico/a (Licenciatura/Tecnicatura) Médica/o
- Otro (Especificar)

37. Si su respuesta fue "Otro", por favor especificar

38. Si usted trabaja en más de una Institución de salud, por favor indique:

- Sector (público/privado/otro)
- Nombre de la Institución y jurisdicción donde está ubicada
- Servicio en el cual se desempeña
- Cargo/antigüedad/modalidad de contratación
- Contacto institucional (nombre/cargo/mail/teléfono)

PERFIL PROFESIONAL EN EL HOSPITAL/SERVICIO DE SALUD

39. Si su respuesta anterior fue "Médica/o", por favor especificar *

Marca solo un óvalo.

- Médica/o Cirujana/o Especialista en Coloproctología
- Médica/o Clínica/o
- Médica/o Familiar
- Médica/o Gastroenteróloga/o
- Médica/o Generalista
- Médica/o Geriatra
- Médica/o Ginecóloga/o
- Médica/o Hemato-Oncóloga/o
- Médica/o Hematóloga/o
- Médica/o Oncóloga/o
- Médica/o Patóloga/o
- Otro (Especificar)

40. Si su respuesta fue "Otro", por favor especificar

REFERENCIAS INSTITUCIONALES

41. Nombre completo de la persona responsable de la dirección en la institución de * salud

42. Nombre completo del/la jefe/a de servicio en la institución de salud *

43. Mail del/la jefe/a de servicio de la institución de salud *

44. Teléfono del/la jefe/a de servicio de la institución de salud *

45. Mail de la dirección en la institución de salud *

46. Teléfono de la dirección de la institución de salud *

47. Datos de contacto del Departamento de Docencia e Investigación de la institución *
de salud (nombre de la persona responsable, mail y teléfono)

BECA A LA QUE POSTULA

En el caso de las especialidades oncológicas que ofrezcan más de una sede de capacitación, serán las autoridades del INC, con base en las consideraciones de la COMISIÓN EVALUADORA, quienes definirán la asignación de becarios/as en cada una de ellas (ver bases y condiciones de la Convocatoria).

48. Especialidad oncológica a la que postula *

Marca solo un óvalo.

- Anatomía Patológica con orientación en mama
- Capacitación en Linfomas para Médicas y Médicos (Población adulta)
- Citometría de Flujo
- Colposcopia
- Cuidados Paliativos para Médicas y Médicos. Actualización (Población adulta)
- Endoscopia Digestiva para Médicas y Médicos
- Endoscopia Digestiva para Técnicas y Técnicos
- Farmacia Oncológica
- Oncología Gastrointestinal

DECLARACIÓN JURADA

Los datos personales y profesionales de la/el postulante compartidos mediante el presente formulario online serán utilizados únicamente con el objeto de completar la inscripción a la Convocatoria a Becas de Capacitación del PCRRHHC del INC. Los mismos formarán parte de expedientes y banco de datos electrónicos, los cuales son responsabilidad del INC, con domicilio en Av. Pte. Julio A. Roca 781, piso 9, CABA.

49. Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en el "FORMULARIO DE POSTULACIÓN" y en el resto de la documentación entregada para participar en la "Convocatoria de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer. Segunda edición. Año 2023". Asimismo, dejo constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento correspondiente, según "Bases y Condiciones" y Anexos contenidos en la presente Convocatoria.

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

DIFUSIÓN DE LA CONVOCATORIA

50. ¿Cómo tomó conocimiento de esta convocatoria? *

Marca solo un óvalo.

- Correo electrónico Sitio Web del INC
- Sociedad científicas
- profesionales
- Un/a colega
- Redes sociales
- Departamento de Docencia e Investigación del Hospital
- Otro

51. Si su respuesta fue "Otro", por favor especificar a través de qué medio o dispositivo:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Anexo II - Formulario de Postulación (Becas 2da Edición 2023)

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 6 pagina/s.