

Formulario para solicitud de beca COLABIOCLI 2017

DATOS DEL ASPIRANTE A LA BECA	
Nombre completo	
DNI N° Pasaporte	
Fecha de nacimiento	
Dirección completa	
Teléfono	
Celular	
CP País	
Sociedad Filial de COLABIOCLI de origen (*)	

(*) debe acompañarse de una nota de la sociedad ratificando la antigüedad.

1) Historial Académico

Título de grado	
Otros	
Vinculación con Universidades o centros de Estudio	

2) Historia Laboral

Institución	
Dirección	
Cargo	
(*)	

(*) Describa el trabajo que realiza

3) Propuesta a la que aspira con la beca. Anexar la siguiente documentación:

- Proyecto de formación o especialización
- Su vinculación con el trabajo que realiza.
- Explique como la capacitación recibida lo beneficiará en su trabajo a su regreso.
- Carta de presentación de la Institución receptora, aceptando recibir al aspirante en sus dependencias dentro del marco de la actividad de becas de formación.
- Carta de su empleador actual autorizando el permiso de salida y su reincorporación al regreso de su estancia en el exterior.



CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE BIOQUÍMICA CLÍNICA

Ejido 1589 CP 11100 Montevideo, Uruguay

Teléfono: (+598) 29006340

Web: www.colabiocli.com mail: colabiocli2016@gmail.com

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE(Para ser firmada por solicitante).

Declaro que las respuestas anteriores hechas por mi, son ciertas y correctas hasta donde llega mi conocimiento.

En caso de ser aceptada mi solicitud, acepto:

- (a) Seguir las instrucciones y ajustarme a las condiciones que puedan ser estipuladas durante la beca de formación.
- (b) Enviar cualquier reporte de progreso o cuestionario que me puedan ser solicitadas.
- (c) Regresar a mi país de origen al término de mi ~~curso~~ de capacitación.