

El presente formulario tiene carácter de declaración jurada.

Datos personales:

Apellido y Nombre: _____

Tipo y N° de documento: _____ Fecha Nac: _____

Correo electrónico: _____ N° de teléfono: _____

Domicilio particular: _____ Ciudad: _____ País: _____

Profesión / Título: _____ CP: _____

Lugar de trabajo: _____ Puesto: _____

Datos del evento:

Nombre: _____

Lugar: _____ Fecha: _____ al _____

Área temática: _____ Disertante / Asistente: _____

Primer fecha de inscripción: _____ Costo: _____

Fecha límite de presentación de resumen: _____

Pertinencia:

Describe el impacto de la asistencia al evento en su lugar de trabajo:

Documentación que aporta (resumen del trabajo presentado, comprobante de aceptación, etc):

Asumo el compromiso de cumplir con lo expresado en el ítem ***De las obligaciones de los becarios*** del reglamento de becas de ayuda económica para socios de SAFIM.

Firma del Solicitante de la Beca: _____

La Sociedad Argentina de Física Médica, sus Directivos y/o Socios, no se responsabilizan por las lesiones, enfermedades o cualquier tipo de perjuicio que pudieran sufrir los becarios a su persona o daños a sus bienes en el desarrollo de la actividad becada por la Sociedad.

Firma del Solicitante de la Beca: _____