

Convocatoria a Becas de Capacitación de RRHH en Cáncer. 2da edición, año 2024 - INC. FORMULARIO DE POSTULACIÓN a Becas "Cuidados"

Estimado/a profesional,

Previo a completar este formulario para postular a "BECAS CUIDADOS" 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 becas@inc.gob.ar con el resto de la documentación requerida en Bases y Condiciones de la CONVOCATORIA.

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 CUIDADOS":

- Argentinas/os, nativas/os o nacionalizadas/os, o aquellas/os que acrediten residencia permanente en el país.
- Comunicadores o 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 áreas de prensa y comunicación ministeriales o en hospitales/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 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. PRESENTACIÓN: Escribir un párrafo que permita resumir: formación (titulación, institución que lo otorga y año) y actividad laboral actual (institución, sector, año de ingreso, tipo de contratación). *

3. Apellido *

4. Nombre *

5. DNI *

6. CUIL *

7. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

8. Género *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Mujer trans
- Travesti
- Varón
- Varón trans
- No binario
- Otra identidad/ninguna de las anteriores
- Prefiero no decir
- Ignorado

9. Nacionalidad *

Marca solo un óvalo.

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

10. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero/a
- Casada/o
- Divorciada/o
- Unión Civil
- Viudo/a

11. Domicilio particular *

Por favor, especificar calle, número, departamento, piso:

12. Código postal *

13. Provincia *

Marca solo un óvalo.

- 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 Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán
- Otro

14. Localidad *

15. Teléfono celular (incluir código de área con 0 y 15) *

16. Teléfono fijo

Incluir código de área y luego número completo:

17. 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

18. Nombre de la carrera *

19. Institución que otorgó el título *

20. Facultad

21. Promedio obtenido *

22. Año de ingreso *

23. Año de egreso *

24. 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

25. ¿Trabaja actualmente en una institución de salud o un ministerio de salud? *

Marca solo un óvalo.

SI

SI, en más de una Institución

Ministerio de salud (áreas de prensa y comunicación)

NO *Salta a la pregunta 49*

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

Marca solo un óvalo.

- 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

DATOS INSTITUCIONALES

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

27. ¿A qué sector pertenece? *

Marca solo un óvalo.

- Público
- Privado
- Otro

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

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

Marca solo un óvalo.

- 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 Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán

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

31. Año de ingreso a la Institución *

32. 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.)

33. 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):

34. 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

35. Área/ servicio en el que se desempeña *

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

37. **Si usted trabaja en más de una Institución de salud, por favor indique los datos de la segunda en la cual tenga menor dedicación que la indicada anteriormente:**

- 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)

Salta a la pregunta 42

PERFIL PROFESIONAL EN EL HOSPITAL/SERVICIO DE SALUD

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

Marca solo un óvalo.

- Bióloga/o
- Bioquímica/o
- Enfermera/o desarrollando actividades funcionales en un equipo de endoscopia digestiva
- Licenciada/o en Comunicación
- Licenciada/o en Genética
- Licenciada/o en Psicología
- Licenciada/o - Técnica/o en Instrumentador/a Quirúrgico/a
- Médica/o *Salta a la pregunta 38*
- Otro (Especificar)

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

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

Marca solo un óvalo.

- Médica/o Clínica/o
- Médica/o Especialista en Diagnóstico por Imágenes
- Médica/o Familiar
- Médica/o Generalista
- Médica/o Geriatra
- Médica/o Ginecóloga/o
- Médica/o Hemato-Oncóloga/o Pediátrica/o
- Médica/o Oncóloga/o
- Médica/o Patóloga/o
- Médica/o Pediatra
- Médica/o Tocoginecóloga/o
- Otro (especificar)

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

REFERENCIAS INSTITUCIONALES

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

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

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

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

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

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

48. 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).

49.

*

Especialidad oncológica a la que postula

Marca solo un óvalo.

- Anatomía Patológica con Orientación en Mama *Salta a la pregunta 51*
- Capacitación de Especialización en Diagnóstico y Tratamiento Leucemias Agudas Pediátricas *Salta a la pregunta 51*
- Capacitación en Estudios Genéticos en Hemato-oncología Pediátrica *Salta a la pregunta 51*
- Capacitación Integral en Diagnóstico Mamario *Salta a la pregunta 51*
- Colposcopia *Salta a la pregunta 51*
- Comunicación y Cáncer *Salta a la pregunta 51*
- Cuidados Paliativos para Médicas y Médicos (Población adulta).Actualización *Salta a la pregunta 51*
- Cuidados Paliativos para Psicólogas y Psicólogos (Población adulta).Actualización *Salta a la pregunta 51*
- Endoscopia Digestiva para Técnicas y Técnicos *Salta a la pregunta 51*
- Oncología respiratoria *Salta a la pregunta 51*

50. Si usted ha realizado una beca del INC anteriormente, indique especialidad y año.

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.

51. 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 - 2024". 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.

- Sí
- NO

DIFUSIÓN DE LA CONVOCATORIA

52. ¿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

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

Convocatoria a Becas de Capacitación de RRHH en Cáncer. 2da edición, año 2024 - INC

FORMULARIO DE POSTULACIÓN a BECA "Formación Inicial en Epidemiología del cáncer"

Estimado/a profesional,

Previo a completar este formulario para postular a "BECAS VIGILANCIA" 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

becas@inc.gob.ar con el resto de la documentación requerida en Bases y Condiciones de la CONVOCATORIA.

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 REGISTROS:

- 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 con formación avanzada (2do o 3er año) o finalizada (no mayor a 3 años) de la Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.
- Contar con antecedentes en áreas de la oncología.
- Se priorizarán las postulaciones de los/as profesionales que presenten constancia de rotación emitida por la Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en el marco del Programa de formación en servicio en epidemiología del cáncer y programas de prevención (SIVER-Ca/INC).
- No estar recibiendo otras becas o subsidios del Instituto Nacional del Cáncer 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. PRESENTACIÓN: Escribir un párrafo que permita resumir: formación (titulación, institución que lo otorga y año) y actividad laboral (institución, sector, año de ingreso, tipo de contratación)

3. Apellido *

4. Nombre *

5. DNI *

6. CUIL *

7. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

8. Género *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Mujer trans
- Travesti
- Varón
- Varón trans
- No binario
- Otra identidad/ninguna de las anteriores
- Prefiero no decir
- Ignorado

9. Nacionalidad *

Marca solo un óvalo.

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

10. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero/a
- Casada/o
- Divorciada/o
- Unión Civil
- Viudo/a

11. Domicilio particular *

Por favor, especificar calle, número, departamento, piso:

12. Código postal *

13. Provincia *

Marca solo un óvalo.

- 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 Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán
- Otro

14. Localidad *

15. Teléfono celular *

16. Teléfono fijo

Incluir código de área y luego número completo:

17. 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

18. Nombre de la carrera *

19. Institución que otorgó el título *

20. Facultad

21. Promedio obtenido *

22. Año de ingreso *

23. Año de egreso *

24. Si completó una Residencia, indicar el título de la especialidad obtenida, año de inicio y finalización, e institución (según certificado)

25. Si aún no completó la Residencia en Epidemiología, indique en qué año se encuentra:

Marca solo un óvalo.

2° año

3° año

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

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

Marca solo un óvalo.

- SI
- SI, en más de una Institución
- Residente de Epidemiología por el MSal
- NO *Salta a la pregunta 43*

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

Marca solo un óvalo.

- 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

28. 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)
- Residente (2° o 3° año)
- Otros (beca, pasantía, etc.)

DATOS INSTITUCIONALES

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

29. ¿A qué sector pertenece? *

Marca solo un óvalo.

Público

Privado

Otro

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

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

Marca solo un óvalo.

- 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 Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán

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

33. Año de ingreso a la Institución *

34. 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):

35. 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

36. Servicio en el que se desempeña *

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

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)

Salta a la pregunta 40

PERFIL PROFESIONAL

39. Perfil profesional en el servicio de salud o en el Ministerio de Salud de la Nación: *

REFERENCIAS INSTITUCIONALES

40. Nombre completo de la persona responsable de la dirección en la institución de salud o de la coordinación de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación *

41. Mail de la/el jefa/e de servicio de salud o de la coordinación de epidemiología del MSal de la Nación *

42. Datos de contacto del Departamento de Epidemiología de la institución de salud *
(nombre de la persona responsable, mail y teléfono) o de la coordinación de
epidemiología del MSal de la Nación
-

BECA A LA QUE POSTULA

43. Beca *

Marca solo un óvalo.

"Formación Inicial en Epidemiología del Cáncer"

44. Si usted ha realizado una beca del INC anteriormente, indique especialidad y año.
-

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.

45. 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 2024". 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.

Sí

NO

DIFUSIÓN DE LA CONVOCATORIA

46. ¿Cómo tomó conocimiento de esta Convocatoria? *

Marca solo un óvalo.

Correo electrónico

Sitio Web del INC

Sociedad científicas / profesionales

Un/a colega

Redes sociales

Referentes del INC

Otro

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

Google Formularios

Convocatoria a Becas de Capacitación de RRHH en Cáncer. 2da edición, año 2024 - INC. FORMULARIO DE POSTULACIÓN a BECA "Actualización en Registros de Cáncer en RITA"

Estimado/a profesional,

Previo a completar este formulario para postular a las BECAS VIGILANCIA 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**

becas@inc.gob.ar con el resto de la documentación requerida en Bases y Condiciones de la CONVOCATORIA.

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 la BECA:

- Argentinas/os, nativas/os o nacionalizadas/os, o aquellas/os que acrediten residencia permanente en el país.
- Profesionales con experiencia comprobable como registradores en la red del RITA (Registro Institucional de Tumores de Argentina) vinculados a alguna institución con carga activa de RITA (no menor a 1 año de registro sostenido).
- Registradoras/es que no mantengan una relación contractual de cualquier tipo con el Instituto Nacional del Cáncer al momento de presentar la solicitud de admisión, incluyendo becas, subsidios y similares. Esta restricción abarca desde el momento de la presentación de la postulación hasta la finalización del trayecto formativo que ofrecen las BECAS del INC.
- Se priorizarán las postulaciones de quienes provengan del sector público

DATOS PERSONALES

2. PRESENTACIÓN: Escribir un párrafo que permita resumir: formación (titulación, institución que lo otorga y año) y actividad laboral (institución, sector, año de ingreso, tipo de contratación) *

3. Apellido *

4. Nombre *

5. DNI *

6. CUIL *

7. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

8. Género *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Mujer trans
- Travesti
- Varón
- Varón trans
- No binario
- Otra identidad/ninguna de las anteriores
- Prefiero no decir
- Ignorado

9. Nacionalidad *

Marca solo un óvalo.

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

10. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero/a
- Casada/o
- Divorciada/o
- Unión Civil
- Viudo/a

11. Domicilio particular *

Por favor, especificar calle, número, departamento, piso:

12. Código postal *

13. Provincia *

Marca solo un óvalo.

- 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 Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán
- Otro

14. Localidad *

15. Teléfono celular *

16. Teléfono fijo

Incluir código de área y luego número completo:

17. Teléfono alternativo

*

(Familiar o persona allegada a quien contactar en caso de urgencia)

Incluir código de área y luego número completo:

FORMACIÓN PROFESIONAL

Máxima formación alcanzada (secundario completo, terciario, universitario)

18. Título obtenido: *

19. Institución que otorgó el título *

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.

- Sí
- Sí, en más de una Institución
- NO *Salta a la pregunta 41*
- Sí, en Registro Activo de RITA

DATOS INSTITUCIONALES

Completar los datos de la Institución donde registra en RITA.

25. ¿A qué sector pertenece? *

Marca solo un óvalo.

Público

Privado

Otro

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

27. Nombre de la institución/establecimiento *

28. Provincia de la institución/establecimiento de salud donde registra *

Marca solo un óvalo.

- 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 Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- Tucumán

29. Localidad de la institución de salud donde registra *

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 registro *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 año
- 1 a 5 años
- 5 a 10 años
- Más de 10 años

34. **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/telefono)

Salta a la pregunta 36

PERFIL LABORAL/PROFESIONAL EN EL HOSPITAL/SERVICIO DE SALUD

35. ¿Qué rol desempeña en la institución? *

REFERENCIAS INSTITUCIONALES

36. Nombre completo de la persona responsable de la Dirección de la institución de salud *

37. Nombre completo del jefe/a o responsable del registro de la institución de salud *

38. Mail del/la jefe/a o responsable de servicio de la institución de salud *

39. Teléfono del/la jefe/a o responsable de servicio de la institución de salud *

40. Mail de la Dirección de la institución de salud *

BECA A LA QUE POSTULA

41. Beca: *

Marca solo un óvalo.

Actualización en Registros de Cáncer en RITA

42. Si usted ha realizado una BECA EN REGISTROS del INC anteriormente, indique año.

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.

43. 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 2024". 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.

Sí

NO

DIFUSIÓN DE LA CONVOCATORIA

44. ¿Cómo tomó conocimiento de esta Convocatoria? *

Marca solo un óvalo.

Correo electrónico

Sitio Web del INC

Sociedad científicas / profesionales

Un/a colega

Redes sociales

Referentes de RITA del INC

Otro

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

Google Formularios



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO II Formulario de Postulación

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 46 pagina/s.