



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS
Facultad de Ciencias de la Salud

SOLICITUD DE BECA DE PERFECCIONAMIENTO

Fecha:

Sr/ra. Decano/a: Me dirijo a Usted a efectos de solicitar, Beca de Perfeccionamiento para realizar :

Apellidos y Nombres del solicitante:

..... DNI:

Cargo que Desempeña y dedicación:

Área:..... Departamento:

CARRERA	GRADO DE AVANCE	MODALIDAD DE CURSADO
<input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> 0-50 %	<input type="checkbox"/> Presencial
	<input type="checkbox"/> 50-100%	<input type="checkbox"/> Semipresencial
		<input type="checkbox"/> A distancia
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> 0-30 %	<input type="checkbox"/> Presencial
	<input type="checkbox"/> 30-60 %	<input type="checkbox"/> Semipresencial
	<input type="checkbox"/> 60-100%	<input type="checkbox"/> A distancia
<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> 0-30 %	<input type="checkbox"/> Presencial
	<input type="checkbox"/> 30-60 %	<input type="checkbox"/> Semipresencial
	<input type="checkbox"/> 60-100%	<input type="checkbox"/> A distancia
<input type="checkbox"/> Curso de Posgrado(*)		

Lugar de cursado:

San Luis

Buenos Aires

Otros

En caso de viajar, cantidad de veces que asiste en un mes:

1 vez

2 o más

Firma del solicitante

Firma del Sub-director

Firma del Director/a Carrera

(*)No incluidos en los planes de las carreras de posgrado.

Marcar con X lo que corresponda.