

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECAS

Santa Fe, / /

A los Integrantes
Comisión de Becas
Colegio de Profesionales en Enfermería de Santa Fe
Su Despacho

Quien suscribe D.N.I.
..... Matriculado/a en este Colegio bajo matrícula N°.: desde
el / / se dirige a Ustedes en los términos del Reglamento para el Acceso de
Becas de Capacitación y a los fines de solicitar una BECA para:

- 1) Identificación de la Actividad:
- 2) Lugar:
- 3) Duración:
- 4) Costo de Inscripción:

El que suscribe se desempeña como **(a)**
en la Institución , en el
servicio de **(b)**

De resultar aprobado mi pedido, manifiesto que SI / NO **(c)** autorizo a la transferencia a la
cuenta bancaria de mi titularidad identificada con la CBU N°
.....

Manifiesto tener conocimiento de los términos y condiciones que surgen del Reglamento
para el Acceso a Becas de Capacitación y me comprometo a presentar una Propuesta de
Devolución de Contenidos Adquiridos.

Adjunto a la presente solicitud copia del programa preliminar a desarrollarse y **me
comprometo** a presentar Factura o Recibo de Pago de Inscripción, Certificado de
Asistencia y Material Suministrado.

Firma Aclaración Teléfono Domicilio

-
- a) Cargo y/o Función.
 - b) Especialidad.
 - c) Tachar lo que no corresponda.