#  Formulario de aplicación

**Por favor complete el siguiente formulario:**

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS PERSONALES |  |
| Nombre y apellido: |
| Dirección:  |
| Código postal | Ciudad: |
| Departamento o provincia | País: |
| Email: |
| Teléfono (incluir código de país y ciudad): | Fax: |

# DATOS PROFESIONALES

|  |
| --- |
| Título: |
| Institución: |
| Estudios de posgrado: |
| Institución: |
| Títulos obtenidos: |

# INSTITUCION DONDE TRABAJA

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Puesto:  |
| Dirección:  |
| Código postal | Ciudad: |
| Departamento o provincia | País: |
| Email: |
| Teléfono (incluir código de país y ciudad): | Fax: |

# OBJETIVOS

*(puede ocupar mayor espacio si lo desea)*

|  |
| --- |
| Explique por qué está interesado en realizar el Doctorado. |
| Explique cómo espera poder utilizar los conocimientos y habilidades adquiridas |
| Explique cómo la organización o institución en la cual Ud. trabaja se beneficiará con su capacitación: |
| Si Ud. pudiera elegir, ¿cómo ve su actividad profesional en 5 años?  |
| ¿Cuáles son las líneas de investigación o proyectos en los que le interesaría trabajar dentro del área de implementación en salud y por qué? En caso de tener un protocolo ya diseñado escriba acá un resumen del mismo y adjunte el protocolo completo. |

Declaro que toda la información registrada en este formulario es veraz y autorizo a que el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) confirme los datos enviados, si lo considera pertinente.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ **Firma del postulante Fecha**