

Título del Proyecto:

Condiciones de aceptación para la realización del estudio:

En este acto manifestamos, con carácter de declaración jurada, que Acepto el financiamiento a nuestro Proyecto
concedido por Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica, de acuerdo a los siguientes términos:

1. Que el período de la investigación se inicia el 15 de Julio del 2024 y tendrá una duración de 12 meses.
2. Que los incentivos para la investigación serán llevados a cabo mediante los mecanismos que serán informados al inicio del financiamiento.
3. Que deberé presentar un informe de avance, en los períodos indicados, ajustándose a los requerimientos solicitados por la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica
4. Que deberé presentar un informe final, en los períodos indicados, ajustándose a los requerimientos solicitados por la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica
5. Que la no presentación en tiempo y forma de los informes solicitados pueden ser motivo de baja del financiamiento
6. Que durante el transcurso de la beca se deberá registrar la investigación en la Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud (CCIS).
7. Que la propiedad intelectual de la investigación es de los/as autores/as del proyecto, cediendo con carácter "no exclusivo" los derechos de publicación de los resultados del trabajo de investigación a favor de la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica.
8. Que en caso de comunicar los resultados de la investigación en distintos formatos (póster o resumen para jornadas, congresos o eventos científicos, artículo científico, etc.) Deberé notificar por escrito a la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica dicha situación.
9. Que en toda publicación, documentos de trabajo, folletos, credenciales, encuestas, etc. que se realice en el marco de la beca deberé dejar claramente expresado el financiamiento recibido de la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica a través del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
10. Que tiene la obligación de comunicar los resultados de la investigación realizada a la/s institución/es que participaron del proyecto.

11. En el caso de renuncia antes de la finalización del proyecto de investigación, deberé devolver la totalidad del dinero desembolsado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Completar los siguientes datos de la siguiente hoja, por favor corroborar los datos antes de enviar el documento dado que contiene la información necesaria para que pueda recibir el incentivo de manera correcta.

Tenga en cuenta que debe seleccionar una sucursal del Banco Provincia para el deposito del estipendio, si ya tiene una puede indicar los datos de la misma, de lo contrario puede buscar la sucursal mas conveniente a través del siguiente enlace

<https://www.bancoprovincia.com.ar/BuscadorSucursales>

Datos personales			
Nombre y Apellido			
DNI		CUIL/CUIT	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Dirección			
CP		Localidad y Provincia	
Mail			
Título de grado			
Institución Laboral			
Es residente? marque con una X la opción que corresponda	Si	NO	En caso afirmativo, ingrese el año de residencia

Datos Bancarios	
Banco:	
Nombre Sucursal:	N° de sucursal
Dirección	
CP	Localidad y Provincia:
N° de Cuenta:	
CBU:	
Desempeña cargo: Nacional Provincial _____ Municipal ____ Fecha de ingreso: __/__/____	
Lugar: _____	Horario: _____ Monto de Sueldo: _____
¿Goza de Jubilación Pensión o Retiro?: Si _____ No _____	
Caja: _____	Monto mensual: __ Fecha de otorgamiento: ____/____/____
Desempeña otras actividades laborales: Si _____ No _____	
Descripción: _____	
En caso de incompatibilidad deseo mantener el cargo de: _____	

Firma

Aclaración