



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 14 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, deberá devolver la totalidad del dinero desembolsado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Por favor, complete todos sus datos en la siguiente hoja. Es fundamental que verifique toda la información antes de enviar el documento, ya que estos datos son necesarios para que pueda recibir el incentivo correctamente.

Importante: Debe seleccionar una sucursal del Banco Provincia para el depósito del estipendio. Si ya posee una cuenta, indique los datos correspondientes. En caso contrario, puede buscar la sucursal más conveniente a través del siguiente enlace.

Recuerde que de acuerdo a lo indicado en las bases de la convocatoria “Los/as becarios/as deberán contar con una cuenta de caja de ahorro para recibir el financiamiento en el Banco Provincia. Si la tuvieran deberá remitir los datos de su cuenta bancaria. Para aquellos que no posean, el Ministerio de Salud abrirá una cuenta en el Banco Provincia de Buenos Aires para tal fin.”

<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