SOLICITUD DE APOYO ECONÓMICO INDIVIDUAL

**2021**

PARA CURSAR CARRERAS DE POSGRADO FUERA DE LA UNRC

|  |
| --- |
| **SOLO PODRÁN SOLICITAR AYUDA ECONÓMICA AQUELLOS DOCENTES CUYA SITUACIÓN SE ENMARQUE EN LO ESTIPULADO POR RS. CONSEJO SUPERIOR DE LA UNRC Nº 019/02 Y 109/06.** |

**A. DATOS PERSONALES:**

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

DOMICILIO:

TELÉFONO FIJO: CEL PARTICULAR:

DEPARTAMENTO:

CATEGORÍA: DEDICACIÓN: ANTIGÜEDAD:

EFECTIVO INTERINO

DIRECCIÓN MAIL:

**B. DATOS SOBRE EL POSGRADO:**

NOMBRE DEL POSGRADO PARA EL QUE SOLICITA APOYO:

AÑO DE INICIO DE DICHO POSGRADO:

INSTITUCIÓN EN QUE SE REALIZA EL POSGRADO:

LUGAR DONDE SE REALIZA EL POSGRADO:

ACREDITACIÓN/CATEGORIZACIÓN CONEAU:

**C. MOTIVOS POR LOS QUE SOLICITA EL APOYO ECONÓMICO (MARCAR CON UNA CRUZ)**

( ) DEFENSA DE TESIS

( ) ELABORACIÓN DE TESIS (TRABAJO DE CAMPO/CONSULTAS A DIRECTOR/RA, ETC.)

( ) CURSAR TERCER, CUARTO AÑO

( ) CURSAR SEGUNDO AÑO

( ) INICIA

**Consultar la Rs. C.S. Nº 019/02.** El artículo 1º establece que no podrán beneficiarse con apoyos institucionales los Docentes que se inscriban en una segunda Carrera de Posgrado.

**SE DEBERÁ PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD:**

**SI INICIA:**

-Carta de Aval de la Dirección del Departamento, fundamentando las razones de la importancia del Posgrado elegido, en el marco de las Áreas que la Facultad define como prioritarias para la formación de Posgrado.

-Carta de Aceptación de la Institución en donde realizará el Posgrado

-Plan de Estudios del Posgrado elegido.

**SI SE ESTÁ EN CURSO Y SEGÚN LA INSTANCIA EN QUE SE ENCUENTRE EL SOLICITANTE*:***

-Informes de avance

-Certificaciones de los Cursos realizados

-Comprobantes de pasajes.

-Certificaciones de pago de matrículas y aranceles

-Certificación de Seguro de Salud.

**D. RUBRO PARA LOS CUALES SE SOLICITA LA AYUDA ECONÓMICA:**

- MATRÍCULA O INSCRIPCIÓN (especificar monto):

- ARANCEL:

MONTO POR MES:

CANTIDAD TOTAL SOLICITADA:

- PASAJES

VALOR PASAJE IDA Y VTA.:

CANTIDAD PASAJES:

- VIÁTICOS:

DÍAS SOLICITADOS:

VALOR VIÁTICO POR DÍA SEGÚN CARGO:

- SEGURO DE SALUD (especificar monto):

Firma, Aclaración y DNI del Solicitante