

**ANEXO - RESOLUCIÓN N° 2482/MSGC/18**

**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE SALUD**

**SOLICITUD DE BECA - CONVENIOS CON UNIVERSIDADES PRIVADAS**

---

**DATOS PARTICULARES**

Nombre

Apellido

D.N.I.

Fecha de Nacimiento

Teléfono particular

Teléfono Celular

E-mail

Domicilio/Calle

Número

Depto

Piso

Localidad

C.P.

---

**DATOS LABORALES**

Cargo que Desempeña

Situación Laboral

(Contratado, Planta Permanente ó Transitoria)

Repartición

Teléfono Laboral

Ficha Censal

---

**DATOS DE LA BECA SOLICITADA**

Carrera o Curso

Universidad

Facultad

Ciclo Lectivo

Firma del Jefe Inmediato

Firma del Solicitante

Firma Director/a General  
Ministerio de Salud

IF-2018-30225581- -DGDIYDP