

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECAS**

Santa Fe, ..... / ..... / .....

A los Integrantes  
**Comisión de Becas**  
Colegio de Profesionales en Enfermería de Santa Fe  
Su Despacho

Quien suscribe ..... D.N.I.  
..... Matriculado/a en este Colegio bajo matrícula N°.: ..... desde  
el ..... / ..... / ..... se dirige a Ustedes en los términos del Reglamento para el Acceso de  
Becas de Capacitación y a los fines de solicitar una BECA para:

- 1) Identificación de la Actividad: .....
- 2) Lugar: .....
- 3) Duración: .....
- 4) Costo de Inscripción: .....

El que suscribe se desempeña como **(a)** .....  
en la Institución ..... , en el  
servicio de **(b)** .....

De resultar aprobado mi pedido, manifiesto que SI / NO **(c)** autorizo a la transferencia a la  
cuenta bancaria de mi titularidad identificada con la CBU N°  
.....

Manifiesto tener conocimiento de los términos y condiciones que surgen del Reglamento  
para el Acceso a Becas de Capacitación y me comprometo a presentar una Propuesta de  
Devolución de Contenidos Adquiridos.

Adjunto a la presente solicitud copia del programa preliminar a desarrollarse y **me  
comprometo** a presentar Factura o Recibo de Pago de Inscripción, Certificado de  
Asistencia y Material Suministrado.

-----  
Firma                      Aclaración                      Teléfono                      Domicilio

- 
- a) Cargo y/o Función.
  - b) Especialidad.
  - c) Tachar lo que no corresponda.