|  |
| --- |
| **Presionar tecla TAB para avanzar entre campos a llenar.** |
| **INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE**  |
| 1. NOMBRES :       | 2. APELLIDOS :      | **PARA USO DE IFARHU -SENACYT**  |
| 3. NO. DE CÉDULA:      | 4. CORREOS ELECTRÓNICOS:      | **CÓDIGO DE SOLICITUD**BDIBC-2017-\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.PAÍS DE NACIMIENTO:      | 6. PROVINCIA DE NACIMIENTO:      |  |
| 7. SEXO:   9. TELÉFONO FIJO:      | 8. TELÉFONO CELULAR:      10. DIRECCIÓN RESIDENCIAL:       |  |
| 11. ESTADO CIVIL      | 12. CANTIDAD DE HIJOS:      | **FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN** |
| 13. ÁREAS TEMÁTICAS:

|  |  |
| --- | --- |
|   | DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y CLÍNICA |

  |
| 14.TÍTULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS (si lo requiere, puede añadir una hoja adicional) |
| Título Obtenido | Universidad / Institución | Índice País | Fecha (mm/aaaa) |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| 15. PRINCIPALES HONORES ACADÉMICOS RECIBIDOS (Si lo requiere, puede añadir una hoja adicional. Puede adjuntar documentos que comprueben estas actividades).      |
| 16. ANEXE ANTEPROYECTO DE TESIS DOCTORAL, QUE CONSISTE EN UN BREVE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA QUE LE INTERESA INVESTIGAR, LA MOTIVACIÓN POR ESTE PROBLEMA Y SU RELEVANCIA CIENTÍFICA Y DE PERTINENCIA SOCIAL. |
| 17. ¿EXISTE OTRA FUENTE DE FINANCIAMIENTO QUE APOYARÍA SIMULTÁNEAMENTE SUS ESTUDIOS?[ ]  SÍ [ ]  NO | 18. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES ‘SÍ’, ESPECIFIQUE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO:      |
| 19. ¿EXISTE UN REGISTRO A NOMBRE DEL SOLICITANTE EN EL ARCHIVO DE LA SENACYT?\* [ ]  SÍ [ ]  NO |
| 20. CONCURSOS ANTERIORES AUSPICIADOS POR LA SENACYT EN LOS QUE HA PARTICIPADO EL SOLICITANTE (si lo requiere, puede añadir una hoja adicional) |
| Programa | Fecha (dd/mm/aaaa) | Monto solicitado (B/.) | ¿Fue aprobado? (SÍ o NO) | Monto otorgado (B/.) |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| 21. DOMINIO DE IDIOMAS CALIFIQUE COMO **REGULAR, BUENO O EXCELENTE**  |
| IDIOMA | LECTURA | ESCRITURA | CONVERSACIÓN |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| **INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE** |
| 22. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O LA EMPRESA A LA QUE ESTÁ ASOCIADO/AFILIADO:      | 23. CARGO O POSICIÓN:      |
| 24. ÁREA TEMÁTICA DE SU ACTIVIDAD LABORAL:      | 25.TIPO DE CONTRATACIÓN[ ]  PERMANTENTE [ ]  TEMPORAL |
| 26. DESCRIPCIÓN DE SUS FUNCIONES (BREVE):      |
| 27. DIRECCIÓN FÍSICA DE LUGAR DEL TRABAJO:      | 28. DIRECCIÓN POSTAL:      |
| 29. TELÉFONOS Y FAX:      | 30. CORREO ELECTRÓNICO:      |
| **DOCUMENTOS A ANEXAR**31. LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEBERÁN SER ANEXADOS CON LA SOLICITUD EN EL ORDEN SEÑALADO A CONTINUACIÓN. |
| 1. COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD. | 2. COPIA DEL TÍTULO UNIVERSITARIO EN MEDICINA AUTENTICADO POR EL IFARHU.  |
| 3. COPIA DE LOS CRÉDITOS AUTENTICADOS POR EL IFARHU QUE REFLEJEN UN ÍNDICE ACADÉMICO MÍNIMO DE 1.50/3.00 O EQUIVALENTE.  | 4. PRESENTAR EVIDENCIA DE QUE HAN INICIADO EL TRÁMITE DE LA EQUIVALENCIA DEL INTERNADO A LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CLÍNICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. |
| 5. PRESENTAR UN ANTEPROYECTO DE TESIS DOCTORAL, QUE CONSISTE EN UN BREVE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA QUE LE INTERESA INVESTIGAR, LA MOTIVACIÓN POR ESTE PROBLEMA Y SU RELEVANCIA CIENTÍFICA Y DE PERTINENCIA SOCIAL.  | 6. PRESENTAR DOS CARTAS DE RECOMENDACIÓN ACADÉMICAS Y/O PROFESIONALES (DEBIDAMENTE MEMBRETADAS O SELLO DE LA INSTITUCIÓN). |
| 7. PAZ Y SALVO DE LA SENACYT FIRMADO. | 8. PAZ Y SALVO DEL IFARHU (ANEXAR FORMULARIO Y RECIBO DE PAGO). |
| 9. PRESENTAR RESULTADOS DEL TOEFL CON UN PUNTAJE MÍNIMO DE 550 PUNTOS. | 10. DECLARACIÓN JURADA FIRMADA QUE HA LEÍDO Y ACEPTADO EL REGLAMENTO DE BECAS IFARHU-SENACYT |
| 11. COPIA DE CÉDULA. | 12. CERTIFICADO DE BUENA SALUD FÍSICA EXPEDIDO POR C.S.S. O MINSA. |
| 13. CERTIFICADO DE BUENA SALUD MENTAL EMITIDA POR LA CSS O MINSA. | 14. HOJA DE VIDA (ESTUDIOS, TRABAJOS, PROYECTOS, PUBLICACIONES, ETC.). |

|  |
| --- |
| **32. CERTIFICACIONES** |
| Certifico hasta donde conozco que:1. Las declaraciones presentadas aquí son verdaderas y están completas.
2. No me encuentro en ninguna falta legal, contractual o financiera ni con el IFARHU, ni con la SENACYT.

Con la entrega de esta solicitud acepto la obligación de cumplir con:1. Los reglamentos de este programa que se encuentran disponibles en la página web de la SENACYT.
2. Proveer los informes de progreso requeridos en caso de resultar beneficiado con esta solicitud.

Entiendo que el proveer información falsa intencionalmente o el ocultar algún hecho en esta solicitud o en cualquier otra comunicación remitida al IFARHU y a la SENACYT es una ofensa grave, razón por la cual el IFARHU y la SENACYT pueden, a opción propia, descalificar al solicitante e iniciar acciones legales contra éste.\*Esto debe certificarse a través de un paz y salvo de la SENACYT (Ver formulario en la página web de la SENACYT). LOS TÉRMINOS ANTERIORES SON PARTE, Y NO EXCLUYEN, LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 127 DEL 24 DE MARZO DE 2010, publicada en la Gaceta Oficial 26505 de 6 del abril de 2010. **NOTAS IMPORTANTES:**1. TODOS LOS CAMPOS ES OBLIGATORIO QUE SEAN LLENADOS.
2. EL IFARHU Y LA SENACYT PODRÁN SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD Y PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN SUMINSTRADA.
3. DE PREFERENCIA LOS DOCUMENTOS DEBEN SER LLEVADOS A LA SENACYT EN FORMATO ELECTRÓNICO E IMPRESO.
4. SI DESEA LLEVAR LOS DOCUMENTOS EN PAPEL A LA SENACYT, NO ES NECESARIO ANILLARLOS NI EMPASTARLOS, PREFERIBLEMENTE EN FORMATO ELECTRÓNICO.
5. LOS DOCUMENTOS PROVENIENTES DEL EXTRANJERO DEBEN PRESENTARSE DEBIDAMENTE LEGALIZADOS (APOSTILLADOS O POR VÍA CONSULAR). LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN EL IDIOMA ESPAÑOL O DEBIDAMENTE TRADUCIDOS POR TRADUCTOR PÚBLICO AUTORIZADO.
 |
| **33. NOMBRE:** | **34. FECHA (dd/mm/aaaa):** | **35. ¿ACEPTa TODAS LAS CERTIFICACIONES?**[ ]  SÍ [ ]  NO |
| **36. FIRMA DEL ASPIRANTE:** |  |  |