

FORMULARIO DE SOLICITUD
PROGRAMA BECAS IFARHU-SENACYT
SUBPROGRAMA DE BECAS DE EXCELENCIA PROFESIONAL (I)
ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MÉDICAS EN ÁREAS PRIORITARIAS DEL SECTOR SALUD A REALIZAR
EN EL EXTRANJERO

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:	
5. PAÍS DE NACIMIENTO:	6. PROVINCIA DE NACIMIENTO:	CÓDIGO DE SOLICITUD
7. SEXO:	8. TELÉFONO CELULAR:	BESM-2017-_____
9. TELÉFONO FIJO:	10. DIRECCIÓN RESIDENCIAL:	FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN
11. DIRECCIÓN POSTAL:	12. FAX:	
13. UNIVERSIDAD DONDE SE ENCUENTRA EN PROCESO DE ADMISIÓN O ACEPTADO.		
A.		

ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD: _____.

15. DIPLOMAS OBTENIDOS O POR OBTENER (si lo requiere, puede añadir una hoja adicional)

Título Obtenido	Universidad / Institución	Índice	País	Fecha (mm/aaaa)

16. PRINCIPALES HONORES ACADÉMICOS RECIBIDOS (Si lo requiere, puede añadir una hoja adicional. Puede adjuntar documentos que comprueben estas actividades).

17. ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES (Si lo requiere, puede añadir una hoja adicional. Puede adjuntar documentos que comprueben estas actividades).

Actividad	Tiempo de estarla realizando

18. ¿EXISTE OTRA FUENTE DE FINANCIAMIENTO QUE APOYARÍA SIMULTÁNEAMENTE SUS ESTUDIOS?:

sí NO

19. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES 'SÍ', ESPECIFIQUE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

20. ¿EXISTE UN REGISTRO A NOMBRE DEL SOLICITANTE EN EL ARCHIVO DE SENACYT?: * sí NO



**FORMULARIO DE SOLICITUD
PROGRAMA BECAS IFARHU-SENACYT
SUBPROGRAMA DE BECAS DE EXCELENCIA PROFESIONAL (I)
ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MÉDICAS EN ÁREAS PRIORITARIAS DEL SECTOR SALUD A REALIZAR
EN EL EXTRANJERO**

21. 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? (SI o NO)	Monto otorgado (B/.)

22. DOMINIO DE IDIOMAS

CALIFIQUE COMO **REGULAR, BUENO O EXCELENTE** (puede adjuntar documentos que comprueben el dominio del idioma), no incluir idioma nativo.

IDIOMA	LECTURA	ESCRITURA	CONVERSACIÓN

DOCUMENTOS A ANEXAR

23. LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ANEXADOS CON LA SOLICITUD EN EL ORDEN SEÑALADO EN EL CHECK LIST. TODOS LOS DOCUMENTOS SON REQUISITOS INDISPENSABLES PARA QUE LA SOLICITUD SEA CONSIDERADA.

<input type="checkbox"/> 1. FORMULARIO DE SOLICITUD COMPLETO.	<input type="checkbox"/> 2. COPIA DEL TÍTULO UNIVERSITARIO EN MEDICINA.
<input type="checkbox"/> 3. COPIA DE LOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS EN LOS QUE SE OBSERVE UN ÍNDICE ACADÉMICO MÍNIMO DE 1.5 EN BASE A 3.0 O EQUIVALENTE AUTENTICADOS POR EL IFARHU.	<input type="checkbox"/> 4. COPIA DEL CERTIFICADO DE IDONEIDAD PROFESIONAL EMITIDO POR EL CONSEJO TÉCNICO DE SALUD PARA EJERCER MEDICINA Y AUTENTICADO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO.
<input type="checkbox"/> 5. CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL EXAMEN GENERAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS APLICADO POR LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ, INDEPENDIEMENTE DE LA VIGENCIA DEL MISMO.	<input type="checkbox"/> 6. CONSTANCIA DEL PROCESO DE ADMISIÓN EN EL PROGRAMA DE ESTUDIO DE LA INSTITUCIÓN EN EL EXTRANJERO.
<input type="checkbox"/> 7. CARTA (O CERTIFICACIÓN) FIRMADA POR EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MÉDICA PANAMEÑA DE LA ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE, LA CUAL AVALE EL PROGRAMA ACADÉMICO A CURSAR EN EL EXTRANJERO.	<input type="checkbox"/> 8. COPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD PERSONAL.
<input type="checkbox"/> 9. HOJA DE VIDA.	<input type="checkbox"/> 10. PAZ Y SALVO DEL IFARHU.
<input type="checkbox"/> 11. PAZ Y SALVO DE LA SENACYT.	<input type="checkbox"/> 12. ENSAYO EN EL QUE DESCRIBA EL IMPACTO DE SUS ESTUDIOS PARA EL PAÍS.
<input type="checkbox"/> 13. TRES (3) CARTAS DE RECOMENDACIÓN DE PROFESIONALES O DOCENTES DEL ÁREA DE LA SALUD.	<input type="checkbox"/> 14. FORMULARIO DE PRESUPUESTO.
<input type="checkbox"/> 15. DECLARACIÓN JURADA FIRMADA POR EL ASPIRANTE (QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO EL REGLAMENTO DE BECAS).	<input type="checkbox"/> 16. CERTIFICACIÓN MÉDICA DE BUENA SALUD FÍSICA Y DE SALUD MENTAL (POR PSIQUIATRA), AMBOS POR MÉDICOS IDÓNEOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.

24. 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 están 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 de abril de 2010.



**FORMULARIO DE SOLICITUD
PROGRAMA BECAS IFARHU-SENACYT
SUBPROGRAMA DE BECAS DE EXCELENCIA PROFESIONAL (I)
ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MÉDICAS EN ÁREAS PRIORITARIAS DEL SECTOR SALUD A REALIZAR
EN EL EXTRANJERO**

NOTAS IMPORTANTES:

1. ES OBLIGATORIO LLENAR TODOS LOS CAMPOS.
2. EL IFARHU Y LA SENACYT PODRÁN SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD Y PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA.
3. EN ESTE CAMPO EL SOLICITANTE PUEDE ANEXAR ALGUNA ACLARACIÓN O DOCUMENTO QUE CONSIDERE DEBE SER DEL CONOCIMIENTO DEL IFARHU Y LA SENACYT PARA LA EVALUACIÓN DE SU SOLICITUD DE BECA.
4. DE PREFERENCIA LOS DOCUMENTOS DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS VÍA ELECTRÓNICA AL CORREO espm@senacyt.gob.pa O ENTREGADOS EN LA SENACYT EN FORMATO ELECTRÓNICO.
5. SI DESEA LLEVAR LOS DOCUMENTOS EN PAPEL A LA SENACYT, NO ES NECESARIO ANILLARLOS, NI EMPASTARLOS, PREFERIBLEMENTE EN FORMATO ELECTRÓNICO.

25. NOMBRE:	26. FECHA (dd/mm/aaaa):	27. ¿ACEPTA TODAS LAS CERTIFICACIONES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
28. FIRMA DEL APLICANTE:		

