

**Formulario de postulación Beca Estímulo Salud Ambiental
Convocatoria SIBSA 2025-2026**

NOMBRE Y APELLIDO DEL/A POSTULANTE:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN PARTICULAR (calle, nº, jurisdicción, país):	
TELÉFONO/S:	
INSTITUCIÓN QUE AVALA LA POSTULACIÓN:	
DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN (calle, nº, jurisdicción, país):	
TÍTULO DEL PROYECTO	

NOMBRE Y APELLIDO DEL DIRECTOR/A:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
TELÉFONO/S:	

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD – DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE

DEL/A POSTULANTE

El/la que suscribe postula el proyecto de investigación titulado:

.....

.....

a la Convocatoria de la Sociedad Iberoamericana de Salud Ambiental para el otorgamiento de una beca estímulo en salud ambiental 2026-2027.

En caso de que el mismo sea seleccionado me comprometo a cumplir con los términos de las bases de la convocatoria y con las pautas administrativas que la Comisión Directiva de la SIBSA solicite durante el financiamiento del proyecto. Declaro también que todos los datos ingresados por mí durante el proceso de inscripción y presentación del proyecto son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión podrán dar lugar a las intervenciones administrativas que correspondan y apliquen.

Declaro haber leído y acepto las bases de la presente convocatoria.

Nombre y Apellido del/la postulante

Fecha y firma

Nombre y Apellido del/la director/a

Fecha y firma

NOTA DE CONFORMIDAD DE LA INSTITUCIÓN QUE AVALA LA POSTULACIÓN

Este formulario deberá estar firmado por el Director o autoridad equivalente de la institución que avala la postulación y por el/la Director/a de la beca, si corresponde.

A losdías del mes de.....del año 2026, declaro haber leído y conocer el proyecto de investigación titulado:.....

.....
del/la postulante..... y extender en este acto mi conformidad para su presentación a la Convocatoria de la Sociedad Iberoamericana de Salud Ambiental 2026-2027.

Firma y sello del Director/a o autoridad equivalente de la Institución que avala la postulación

Cargo que ocupa

Fecha:/...../ 2026

NOTA DE CONFORMIDAD PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Incorpore en este espacio el escaneo de la/s autorización/es correspondientes a los lugares donde se llevará a cabo la investigación (hospitales, centros de salud, escuelas, comunidades indígenas, otras instituciones, etc.), si corresponde:

Fecha:/...../ 2026

DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA (incorporar escaneo en este espacio)

TÍTULO UNIVERSITARIO O CONSTANCIA DE TÍTULO EN TRÁMITE

Escanee e incorpore en este espacio dicha documentación

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (1° y 2° hoja o anverso y reverso del DNI tarjeta)

Escanee y pegue en este espacio dicha documentación

CONSTANCIA DE CUIL / CUIT

Escanee y pegue en este espacio dicha documentación

CV del DIRECTOR/A

NOMBRE Y APELLIDO	
CUIT	
CORREO ELECTRÓNICO	
FECHA DE NACIMIENTO	
TÍTULO DE GRADO (AÑO DE OBTENCIÓN DEL TÍTULO)	
TÍTULO DE POSTGRADO (AÑO DE OBTENCIÓN DEL TÍTULO) si fuera necesario agregue otra/s fila/s	
TELÉFONO/S	
LUGAR DE TRABAJO	
PROVINCIA	
BREVE CV: (INCLUIR FORMACIÓN ACADÉMICA, EXPERIENCIA LABORAL, EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN, PUBLICACIONES DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS)	