

**ACTIVIDAD DE POSGRADO**  
**HOSPITAL ALEMAN**

BECA DE PERFECCIONAMIENTO (FELLOWSHIP) Título:	SERVICIO	FECHA DE PRESENTACION

- Perfil del aspirante:    Residencia completa     Médico post residencia     Especialista  \_\_\_\_\_
- Qué especialidad de 1º nivel se necesita?: \_\_\_\_\_
- Objetivos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Tiene aval universitario o de alguna institución?    No  Sí  ¿Cuál?: \_\_\_\_\_
- Tiene título universitario? No  Sí  ¿Cuál?: \_\_\_\_\_
- Forma de financiación: \_\_\_\_\_
- Duración: \_\_\_\_\_

- Adjunto** (excluyente para aprobación):    Programa     Plantel Docente     Cronograma de actividades   
 Carta de solicitud de Programa con firma del Jefe de Departamento     Evaluación del Fellow   
 Evaluación del Programa del Fellow

Firma y sello Director del Programa

Firma y sello del Jefe de Servicio

Firma y sello Jefe del Departamento

Sello y firma del receptor

**APROBACIONES**

**Control de Aplicación**

**Aprobación**

Departamento de Docencia e Investigación

Dirección Médica