|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE DOCENTES INVESTIGADORES** |  |  |
|  **de la FACULTAD de CIENCIAS de la SALUD - UNCa - Octubre 2016** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATOS PERSONALES** |  |  |  |  |  |  |
| DNI |  |  |  |  |  |  |  |
| CUIL |  |  |  |  |  |  |  |
| APELLIDO |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de Nacimiento |  |  |  |  |  |  |
| Domicilio Laboral (FCS) |  |  |  |  |  |  |
| Domicilio Personal |  |  |  |  |  |  |
| TITULOS |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CONTACTO** |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono  | prefijo | nro |  |  |  |  |  |
| fijo |  |  |  |  |  |  |  |
| celular |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Email |  |  |  |  |  |  |  |
| Email alternativo |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORMACIÓN LABORAL EN FCS** |  |  |  |  |  |
| Carrera |  |  |  |  |  |  |  |
| Asignatura que dicta (indique régimen cuatrimestral 1er o 2do cuatrimestre o anual) |  |
| Cargo Docente (Titular, Asociado, Adjunto, JTP, Auxiliar) |  |  |  |
| Dedicación (full, semi o simple - con extensión desde si corresponde) |  |  |
| Horarios frente alumnos (indique espacio físico: aula, laboratorio) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Llenar esta información por cada cátedra/asignatura en la que participe en la FCS |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Servicios que puede ofrecer como docente investigador |  |  |  |
| Servicios que ofrece la cátedra / laboratorio en el que participa |  |  |  |
| Convenios en los que participa: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otras actividades laborales: |  |  |  |  |  |
| En la Fac. Cs. Salud: |  |  |  |  |  |  |
| En otros ámbitos: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORMACIÓN PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS**  |  |  |  |  |
| Categoría y año de categorización: |  |  |  |  |  |
| Proyectos en los que participa, indique participación (Director, Integrante) y organismo de  |  |
| financiamiento / acreditación. |  |  |  |  |  |
| Requerimiento de espacio físico para desarrollo de actividades de investigación / transferencia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enviar esta planilla en formato electrónico (word) a investigacion@salud.unca.edu.ar  |  |
| Adjuntar versión electrónica del CV AR (archivo pdf) |  |  |  |
| Adjuntar versión electrónica de proyectos en los que participa (archivo pdf) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORMACIÓN REQUERIMIENTOS DE CAPACITACIÓN** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Requerimiento de cursos de capacitación según su cátedra, carrera y perfil del egresado: |  |
| Nota: Priorizar la capacitación según beneficios para el desarrollo personal, académico y jerarquización de cátedra. |  |
| Establecer disponibilidad de cursado (analizar el requerimiento de implementación a distancia). |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |