|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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). | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |