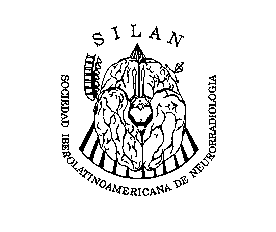
**Anexo 4**

**FORMULARIO DE POSTULACION A BECA SILAN-HUFJD**

**SOCIEDAD IBEROLATINOAMERICANA DE NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPEUTICA**

**Email: becas@silan.org**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Antecedentes personales** | |
| Nombres y apellidos |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Nacionalidad |  |
| Domicilio actual |  |
| Ciudad de residencia |  |
| País de residencia |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Cargo académico en la actualidad (si aplica)** | |
| Tipo de cargo académico/universitario  (profesor titular, profesor asistente, etc.) |  |
| Antigüedad |  |
| Institución/Universidad |  |
| Ciudad |  |
| País |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Institución donde trabaja en la actualidad** | |
| Cargo (neurorradiólogo diagnóstico, neurorradiólogo intervencionistal) Neurocirujano, neurólogo |  |
| Cargo administrativo (ej: jefe de Unidad, jefe de Servicio, etc) |  |
| Antigüedad |  |
| Institución |  |
| Ciudad |  |
| País |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Formación** | | |
| 4.1 Pregrado | Título |  |
| Universidad |  |
| Año de egreso |  |
| 4.2 Postgrado (residencia o especialización) | Título |  |
| Universidad |  |
| Centro de formación |  |
| Periodo |  |
| 4.3 Especialización en Neurorradiología diagnóstica  (si aplica) | Universidad |  |
| Centro de formación |  |
| Periodo |  |
| Director del programa |  |
| 4.3 Especialización en Neurorradiología intervencional  (si aplica) | Universidad |  |
| Centro de formación |  |
| Periodo |  |
| Director del programa |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha