

**FORMULARIO DE POSTULACION A BECA SILAN-VHIR-DIAG
SOCIEDAD IBEROLATINOAMERICANA DE NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA**

| 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 intervencional, radiólogo...) | |
| 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 | |
| | Universidad | |
| | Centro de formación | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|
| 4.3 Especialización en Neurroradiología diagnóstica (si aplica) | Periodo | |
| | Director del programa | |
| 4.3 Especialización en Neurroradiología intervencional (si aplica) | Universidad | |
| | Centro de formación | |
| | Periodo | |
| | Director del programa | |

Firma

Fecha