



MENDOZA, 21 MAY 2018

VISTO:

El Expediente N° 8579/2018, en el que el Secretario de Asuntos Estudiantiles solicita autorización para convocatoria de becas de Comodato de Instrumental de Cirugía (5 kits) y Operatoria Dental (15 kits), para alumnos de 3° a 5° año de la Carrera de Odontología, de esta Facultad, y

CONSIDERANDO:

Que a fs. 1, informa el Secretario de Asuntos Estudiantiles, que las becas de Comodato de Instrumental de Cirugía (5 kits) tienen un valor de \$ 5000 cada uno y Operatoria Dental (15 kits) con un valor de \$ 10.000 cada uno y que el beneficio se implementa a partir de la detención de las dificultades que pueden tener algunos estudiantes en el cursado por los altos costos del instrumental dental, disminuyendo así el impacto negativo que puede tener la situación socio-económica en el rendimiento académico de los mismos,

Que se establece que dicha convocatoria será del día 21 de mayo al 24 de mayo a las 12hs. En 2do. Piso Edificio de Gobierno, Secretaría Estudiantil, donde se presentarán las solicitudes por los alumnos postulantes,

Que a fs. 1, el Secretario de Asuntos Estudiantiles y Acción Social, informa que el Comité Evaluador serán la Secretaría Estudiantil, Secretaría Académica y un alumno veedor del Consejo Directivo;

Que a fs.3, se informa que los fondos serán provistos por la Secretaría de Bienestar Universitario, según términos de la Ord. 135/17 Anexo 2, hoja 3;

Por ello y en uso de sus atribuciones,

**LA DECANA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
AD-REFERENDUM DEL CONSEJO DIRECTIVO
RESUELVE:**

ARTICULO 1º.- Autorizar la convocatoria de becas de Comodato de Instrumental de Cirugía (5kits) y Operatoria Dental (15 kits), para alumnos de 3° a 5° año de la Carrera de Odontología de esta Facultad, a realizarse los días 21 de mayo al 24 de mayo, en 2do. Piso Edificio de Gobierno, Secretaria Estudiantil donde se presentarán las solicitudes por los alumnos postulantes, según obra en Anexo I que forma parte de la presente resolución.

ARTICULO 2º.- Integrar el Comité Evaluador con el Secretario de Asuntos Estudiantiles y Acción Social, la Secretaria Académica y un alumno veedor del Consejo Directivo.

ARTICULO 3º.- Los fondos utilizados para financiar estas becas, serán provistos por la Secretaría de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional Cuyo, según Ord.135/17 Anexo 2, hoja 3.

ARTICULO 4º.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones de la Facultad de Odontología.-

RESOLUCION N° 055

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GRAL de ADMINISTRACION

Prof. Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASO
DECANA



ANEXO I-RES. 055/18.DAR.

SECRETARIA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES Y ACCION SOCIAL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

BECA:.....

1-DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRES:.....

EDAD:..... DNI:..... Nro. REGISTRO:.....

DOMICILIO ACTUAL (durante el cursado):

TELEFONOS:Fijo.....cel:.....

FACEBOOK:E-MAIL:.....

2-RENDIMIENTO ACADÉMICO:

Carrera:..... Año de Ingreso:..... Año que cursa actualmente:.....

Promedio actual (con aplazos):.....

PRESENTAR REPORTE ACADEMICO IMPRESO DESDE EL SIU, PARA CERTIFICAR ESE PROMEDIO ACTUAL.

3-SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA:

Nº DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR (incluido el alumno):.....¿VIVE CON SU FAMILIA?

DOMICILIO DEL GRUPO FAMILIAR (si coincide no conteste):.....

¿EN QUE TRABAJAN LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR?
.....

¿QUÉ MONTO DE INGRESOS TOTALES DISPONE EL GRUPO FAMILIAR?..... (Deberá acreditar con bonos de sueldo o certificación de ingresos)

USTED TRABAJA ACTUALMENTE? EN QUÉ?

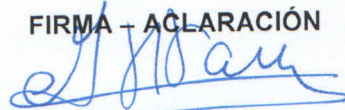
INGRESOS POR TRABAJO: RECIBE BECA O SIMILAR ACTUALMENTE:..... CUÁL?..... ¿QUIÉN PAGA SUS ESTUDIOS Y MANTENIMIENTO?.....

HAY ENFERMOS CRÓNICOS Y/O DISCAPACITADOS EN EL GRUPO FAMILIAR?:

(deberá presentar certificado) ¿CUAL ES EL GASTO MENSUAL POR LA ENFERMEDAD?
.....

LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GRAL de ADMINISTRACION

FIRMA - ACLARACIÓN

Prof. Dra. Ma. Del C. Patrícia DI NASSO
DECANA