|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  | **FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO FINANCIERO****PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS** | Logotipo  Descripción generada automáticamente con confianza media |
|  | **A** | **IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE Y DEL EVENTO** |  |
| **0** | **0** | Categoría solicitante: | Estudiante |  | Docente |  |  |
| **0** | **1** | Nombre solicitante: |  |
| **0** | **2** | Género: | Masculino |  | Femenino |  | Otro |  |  |  |
| **0** | **3** | Correo electrónico institucional: |  |  |
| **0** | **4** | Nombre del evento al que asistirá: |  |
| **0** | **5** | Nombre(s) de la(s) Red(es) y/o Institución(es) organizadora(s) del evento al que asistirá: |  |
| **0** | **6** | Ciudad y País en que se realizará el evento: |  |
| **0** | **7** | Fecha de la participación del solicitanteen el evento: |  |
|  |  | **ANTECEDENTES PROACCIÓN AFIRMATIVA GÉNERO Y CUIDADOS** |  |
| **0** | **8** | ¿Tiene o ha tenido durante los tres últimos años la responsabilidad de cuidador/a principal de |  |
| uno/a o más integrante de su grupo familiar y/o doméstico? | Sí |  | No |  |  |  |
| **0** | **9** | N° de horas semanales dedicadas al cuidado principal de integrante del grupo familiar/doméstico: |  |  |
|  | **B** | **ADSCRIPCIÓN INSTITUCIONAL PRINCIPAL DEL SOLICITANTE** |
| **1** | **1** | Carrera o Programa: |  |
| **1** | **2** | Escuela: |  |
| **1** | **3** | **Facultad** *Marque X*: | **Artes** |  | **Ciencias Sociales y Educación** |  | **Salud y Buenvivir** |  |  |
| **1** | **4** | Extensión de la jornada de trabajo en caso de estar contratada/o por la UAHC |  |
| *Marque con una X* | 1/4 |  | 1/2 |  | 3/4 |  | 4/4 |  |  |
|  | **C** | **ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO** |
|  |  | ¿Cuenta con la autorización de la Dirección de Recursos Humanos para participar  |  |
| en el evento al que asistirá? (solo en caso de docentes) | Sí |  | No |  |  |
| **1** | **5** | ¿Cuenta con la autorización de su jefatura directa para participar en el evento al |
| que asistirá? | Sí |  | No |  |  |
| **1** | **6** | Nombre Jefe/a directo/a: |  |
| **1** | **7** | Cargo Jefe/a directo/a: |  |
| **1** | **8** | Dirección de correo electrónico institucional jefatura: |  |
| **1** | **9** | Tipo de participación en el evento: | Conferencista Invitado/a |  | Ponencia aceptada |  |  |
| **2** | **1** | Su participación en el evento ¿Reconocerá explícitamente su filiación a la UAHC? | Sí |  | No |  |  |
| **2** | **2** | Su participación en el evento ¿Se relaciona con la existencia de una red académica a la que pertenece o que proyecta integrar? |  |
| Sí |  | No |  |  |
| **2** | **3** | En caso de responder “sí” a la pregunta anterior, a continuación, identifique la(s) red(es) y especifique su relación y el rol que ha tenido y/o proyecta tener, en ella(s). Extensión Máxima: 200 palabras.  |
|  | **D** | **PARTICIPACIÓN INVESTIGACIÓN EN CURSO CON FINANCIAMIENTO EXTERNO** |
| **2** | **0** | ¿Cuenta con alguna fuente de financiamiento para sustentar su participación en el evento al que asistirá? |
|  | Sí |  | No |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  | **FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO FINANCIERO****PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS** | Logotipo  Descripción generada automáticamente con confianza media |
|  | D | **ANTECEDENTES DE LA EXPOSICIÓN A REALIZAR EN EL EVENTO** |  |
| **2** | **4** | Título de la conferencia/ponencia: |  |
| **2** | **5** | Nombre proyecto de investigación/creación sobre el que realiza la comunicación: |  |
| **2** | **6** | Resumen de la ponencia/conferencia. Extensión Máxima 150 palabras  |  |  |
| **2** | **7** | La ponencia se basa en un artículo ya publicado | Sí |  | No |  |  |  |
| **2** | **8** | Nombre artículo |  |
| **2** | **9** | La ponencia dará origen a un artículo que se enviará para su publicación indexada | Sí |  | No |  |  |
| **3** | **0** | Una vez completada la información hasta aquí requerida, acepte declaración de veracidad situada más abajo (ítem n°31) y envíe este formulario al correo de la VRIP vrip@academia.cl con copia al correo investigación@academia.cl y al correo de su jefatura directa. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | F | **DECLARACIÓN DE VERACIDAD** |  |
| **3** | **1** | **Declaro que la información entregada en este formulario es fidedigna, correcta y vigente.** | **Sí** |  |  |
|  |  | Una vez llenados todos los campos requeridos por este formulario, envíelo al correo vrip@academia.cl con copia a investigacion@academia.cl  |  |
|  |