**Subsecretaría de Evaluación Institucional**

**Programa Nacional para la Igualdad de Géneros en Ciencia, Tecnología e Innovación**

**SUBSIDIO PARA GASTOS POR TAREAS DE CUIDADO**

**REUNIONES CIENTÍFICAS**

**ANEXO IV**

**“CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SOLICITUD DEL SUBSIDIO PARA GASTOS POR TAREAS DE CUIDADO - REUNIONES CIENTÍFICAS”**

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-0) con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-1) otorgo mi consentimiento para la solicitud del “SUBSIDIO PARA GASTOS POR TAREAS DE CUIDADO - REUNIONES CIENTÍFICAS ".

Declaro que la solicitud se expresa por el cuidado de \_\_\_\_[[3]](#footnote-2) persona/s a mi cargo, por un monto total de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Asimismo, acepto las Bases y Condiciones para el Otorgamiento del Subsidio que obran como Anexo I de la Resolución RS-2022-119935498-APN-SACT#MCT.

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

FIRMA POSTULANTE ACLARACIÓN DNI

1. Nombre y Apellido. [↑](#footnote-ref-0)
2. Nº de DNI. [↑](#footnote-ref-1)
3. Cantidad de personas a cargo por las que solicita el subsidio. [↑](#footnote-ref-2)