**PROGRAMA “VUELTA AL PAGO”**

**SUBPROGRAMA I**

**ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN EN LA PROVINCIA DE MENDOZA**

**-Nombre de la Actividad:**

**-Unidad/es Académica/s que avala/n la presentación:**

**-Responsable**

Apellido y Nombre:

Título:

Documento de Identidad Tipo: Nº:

CUIL Nº:

Domicilio Particular:

Teléfono: Correo Electrónico:

Teléfono fijo: Celular:

Domicilio Laboral:

Teléfono laboral:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución/es con la/s que se realizará la actividad** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Finalización** | **Lugar de ejecución** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**-Fundamentación** (Problemática a abordar, importancia de la capacitación en la población objetivo, sustentabilidad o efecto multiplicador, potenciación de capacidades existentes que contribuya al desarrollo territorial futuro. Hasta 3000 caracteres)

**-Objetivos**

**-General** (claro y alcanzable)

**-Específicos** (formulados con claridad, permiten el logro del objetivo general)

**-Destinatarios**

 **-Directos** (descripción de la población receptora directa de la actividad. Hasta 500 caracteres)

 **-Indirectos** (población alcanzada sin haber participado directamente de la actividad. Hasta 500 caracteres)

**-Metodología** (Detallar mecanismos de difusión, esquema de trabajo de la capacitación, métodos y técnicas de transferencia. Hasta 1500 caracteres)

**Detallar datos del equipo de trabajo (el responsable y los integrantes del equipo de trabajo no podrán participar de más de una actividad presentada a esta convocatoria) y el docente tutor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido** | **Claustro (graduado; alumno)** | **DNI**  | **Título o carrera** | **Tarea a desempeñar** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Docente Tutor:****Facultad:****Carrera:****Materia:****Legajo:** |

**-Programa de Contenidos** (Describir brevemente los temas y contenidos a desarrollar durante la capacitación. Hasta 1000 caracteres)

**-Resultados Esperados** (Impacto de la capacitación en la población destinataria y el contexto en el que se desarrolla, beneficios para la/s institución/es participantes. Hasta 1000 caracteres)

**PRESUPUESTO:**

**Monto Solicitado:**

**Distribución Estimada de Gastos** (llenar sólo los campos que correspondan de acuerdo a la actividad)

**-Equipamiento a financiar con el subsidio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Detalle** | **Cantidad** | **Costo estimado (aproximado)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**-Equipamiento existente o aportado por otras instituciones**

|  |  |
| --- | --- |
| **Detalle** | **Cantidad** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**-Materiales de Consumo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Detalle** | **Cantidad** | **Costo estimado (aproximado)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**-Traslado/Alojamiento**

Monto estimado:

**-Servicios Personales** (Los servicios personales no podrán exceder los $3.000)

Monto estimado:

**-Requerimientos excepcionales que necesiten financiamiento** (Otorgamiento a ser evaluado por el Comité)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Detalle** | **Cantidad** | **Costo estimado (aproximado)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |