



LACTRIMS

LATIN AMERICAN COMMITTEE FOR TREATMENT
AND RESEARCH IN MULTIPLE SCLEROSIS

SOLICITUD DE BECA LACTRIMS 2026

Por favor enviar este formulario completo a secretaria@lactrimswb.org.ar

Antes del 1/12/2025

Nombre y Apellido del Solicitante:

País de Nacimiento:

País de Residencia:

Ciudad de Residencia:

Hospital | Institución a la que pertenece

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Certificación como Especialista en Neurología

Sociedad que Certifica: (adjuntar Título Escaneado)

Jefe de Servicio donde Ejerce: (Adjuntar Carta de Presentación de Jefe de Servicio donde trabaja)

EXPLICAR EN TEXTO DE NO MAS DE 200 caracteres las razones y relevancia de ser adjudicado con la Beca de Formación LACTRIMS

EXPLICAR EN TEXTO DE NO MAS DE 200 caracteres los planes propuestos en el País de Residencia luego de finalizada la Beca.

No olvidar presentar nota de Aceptación del Tutor de la Sede Elegida para desarrollo de la Beca

Adjuntar CV abreviado

Dirigir esta documentación a PROGRAMA DE BECAS LACTRIMS: secretaria@lactrimswb.org