**NOTA DE AUTORIZACIÓN PARA POSTULACIÓN A BECAS DE CARRERAS DE GRADO**

Asunción, ….. de ………. de 20….-

**Señor/a**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Director/a Nacional***

**Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud**

**Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**

**Asunción**

 Autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con C.I. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personal contratado/funcionario de la dependencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a postularse a la **CONVOCATORIA PARA BECAS DE CARRERAS DE GRADO 20\_\_** en el marco de la Resolución S.G. Nº \_\_\_/20\_\_ y conforme a la Circular Equipo Técnico de Becas Nº \_\_\_/20\_\_ a la:

Institución Formadora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carrera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La presente autorización se realiza contemplando que en caso de que el postulante sea beneficiado con la beca la dependencia no se verá resentida en el cumplimento de sus funciones, ajustándose a las normativas Institucionales emanadas de la Dirección General de Recursos Humanos, así como a las disposiciones de la Secretaría de la Función Pública en materia de permisos, carga horaria, etc.

…………………………

Firma, aclaración y sello de la Máxima Autoridad de la Dependencia

Sello de la Dependencia