



# 4<sup>o</sup> CONGRESO Latinoamericano y del Caribe TABACO O SALUD 26-28 marzo 2014. San José, Costa Rica

**Fecha límite de solicitud: Viernes 17 de enero 2014**

## **Introducción**

Los organizadores del 4to Congreso Latinoamericano y del Caribe Tabaco o Salud reconocen la importancia de prestar apoyo para maximizar el número de personas de países de bajos y medianos ingresos que puedan participar en la conferencia. Para lograr este objetivo, estamos ofreciendo un número limitado de becas a personas para asistir a la conferencia.

## **Elegibilidad**

Para ser considerado para una beca para asistir al 4to Congreso Latinoamericano y del Caribe Tabaco o Salud, los solicitantes deberán:

- Vivir o trabajar en un país de América Latina o el Caribe
- Trabajar actualmente en el control del tabaco, por ejemplo, en la investigación, promoción y / o gestión clínica
- Demostrar necesidad financiera
- No estar afiliados a la industria del tabaco y / o sus afiliados
- No recibir ninguna financiación - en el pasado ni el presente - de la industria del tabaco y / o sus afiliados

**Todas las becas se otorgarán a criterio del comité de becas.**

**Las personas seleccionadas serán notificadas a más tardar el viernes 21 de febrero 2014**

Por favor, indique explícitamente sus necesidades financieras en la pregunta 7 de la solicitud, nosotros tendremos en cuenta su solicitud de financiación con respecto a los fondos que tenemos disponibles. Se requiere hacer la inscripción para la conferencia después de la notificación de la aceptación.

**Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con:  
[scholarship@tobaccoorhealthlac.org](mailto:scholarship@tobaccoorhealthlac.org)**



# 4<sup>o</sup> CONGRESO Latinoamericano y del Caribe TABACO O SALUD 26-28 marzo 2014. San José, Costa Rica

## Solicitud de Beca

**Fecha límite de solicitud: Viernes 17 de enero 2014**

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Profesión/título:** \_\_\_\_\_

**Institución / Organización** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado/ Provincia:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**Teléfono (incluir código de país y código de área):** \_\_\_\_\_

**Fax (incluir código de país y código de área):** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

### 1. ¿Cuál de los siguientes representa mejor la organización en la que usted trabaja?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Universidad   | <input type="checkbox"/> Negocio / Corporación                        |
| <input type="checkbox"/> Organización Profesional                                | <input type="checkbox"/> Organización No Gubernamental                |
| <input type="checkbox"/> Agencia gubernamental que no sea de la Salud            | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud / Ministerio de Salud  |
| <input type="checkbox"/> Organización de Cuidado de la Salud (hospital, clínica) | <input type="checkbox"/> Organización o Fundación voluntaria de salud |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)                            |   |

### 2. ¿A qué nivel está su trabajo principalmente?

- Local                       Estatal/ Provincial                       Nacional                       Internacional

**3. ¿Cuántos años ha trabajado en el control del tabaco?**

- Menos de 1 año     1 - 3 años     4 - 6 años     7 - 10 años     11 años o más

**4. En promedio, ¿qué porcentaje de su tiempo dedica en la actualidad a trabajar en el control del tabaco?:**

- Hasta un 25%     Entre el 26% y el 50%     Entre 51% y 75%     Entre el 76% y el 100%

**5. Por favor describa cómo su asistencia a la conferencia beneficiará sus actividades en el control del tabaco (100 palabras máximo).**

**6. Por favor proporcione una breve descripción de su trabajo actual, las relaciones organizativas, y las actividades relacionadas con el control del tabaco (100 palabras máximo).**

**7. Proporcione por favor su presupuesto de viaje estimado. Indique la cantidad que usted, su organización y / o organizaciones externas pueden contribuir a su viaje.**

**8. Enumere las reuniones de control del tabaco a las que asistió en el último año.**

**9. Haga una lista de las próximas reuniones de control del tabaco a las que planea asistir.**

--

**10. ¿Hará alguna presentación (poster y/u oral) por invitación en el 4to Congreso Latinoamericano y del Caribe Tabaco o Salud?**

- Si – Marque la opción correspondiente:  No  
\_\_\_\_\_ Poster  
\_\_\_\_\_ Oral (invitado)

**11. ¿Tiene vínculos, pasados o presentes, con la industria del tabaco?**

- Si  No

**12. ¿Alguna vez ha recibido financiación de la industria del tabaco?**

- Si  No

**13. Por favor, indique el nombre, título y dirección de correo electrónico de una referencia profesional.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Profesión/título:

Correo electrónico:	
---------------------	--

**Por la presente declaro que, de mi conocimiento, toda la información contenida en esta solicitud es correcta y completa. Además, entiendo que todas las decisiones son definitivas y no pueden ser apeladas.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLICITUDES INCOMPLETAS O ENTREGADAS TARDE NO SERÁN CONSIDERADAS**

**Fecha límite de inscripción: Viernes 17 de enero de 2014**

Por favor envíe el formulario completo a:  
[scholarship@tobaccoorhealthlac.org](mailto:scholarship@tobaccoorhealthlac.org)