

CONVENIO - BECA

"RESIDENTE"

LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, representada en este acto por el Señor Ministro de Salud, en virtud de la autorización conferida por Decreto N° 621/15. del Poder Ejecutivo, por una parte, en adelante el "MINISTERIO" y el Sr/a (**NOMBRE COMPLETO**) **D.N.I. N° (XX.XXX.XXX)** por la otra, en adelante el "BECARIO", se celebra el presente Convenio, bajo las siguientes cláusulas:-----

PRIMERA: El MINISTERIO otorga al BECARIO/A: (**NOMBRE COMPLETO**) una beca en la categoría de RESIDENTE, para que cumpla con los objetivos del Programa de Capacitación correspondiente, en Regiones Sanitarias, Establecimientos Asistenciales de Salud, y/o Centros de Salud, dependientes del Ministerio de Salud, a los cuales se le asignen y en la Residencia de (**NOMBRE DE LA RESIDENCIA**) a cumplirse en (**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZA SU RESIDENCIA**), a partir del día .../.../..... , por el período de un 1 (un) año, el que podrá ser renovado por igual período y hasta completar el Programa de Capacitación, si aprobara las evaluaciones previstas de acuerdo a las pautas fijadas por la Autoridad de Aplicación.-

SEGUNDA: El "BECARIO" percibirá mensualmente en concepto de beca la suma de \$..... (**PESOS.....**). Asimismo el "BECARIO" recibirá un premio estímulo con los haberes de junio y diciembre de cada año, equivalente al 50% del monto que percibe en concepto precitado, siendo requisito para la percepción haber cumplido con las actividades de capacitación durante los seis (6) meses del semestre respectivo. En caso que no hubiera cumplido con dichas actividades durante la totalidad del periodo señalado, el premio estímulo se liquidará proporcional al menor tiempo transcurrido en capacitación.-----

TERCERA: El BECARIO se somete a las disposiciones contenidas en la Reglamentación vigente, mientras dure el presente Convenio, obligándose a cumplir -durante todo el tiempo de duración de la Residencia respectiva- un Régimen de actividad profesional con dedicación exclusiva, dejándose establecido que dicho régimen está dirigido a una mayor capacitación que de modo alguno justifica derecho a bonificación adicional. El BECARIO asume el compromiso -por el plazo de 1 (un) año contado a partir de la finalización de la Residencia- de realizar tareas asistenciales, conforme a las demandas del Sistema de Salud declaradas por Disposición Ministerial.-----

CUARTA: El MINISTERIO podrá rescindir el presente convenio con una notificación previa al BECARIO, en forma fehaciente, practicada con una antelación de treinta (30) días corridos. Este derecho podrá ser ejercido en cualquier tiempo de la vigencia de este convenio, y, cumplido en la forma prevista, no generará indemnización ni compensación alguna.-----

QUINTA: El BECARIO queda afiliado a la Obra Social Apros (Administración Provincial del Seguro de Salud).-----

SEXTA: El BECARIO acepta la Beca comprometiéndose a cumplir con todas y cada una de las cláusulas antes especificadas, fijando domicilio en (**DIRECCIÓN COMPLETA: NOMBRE DE CALLE, NÚMERO, PISO, DEPARTAMENTO, TORRE, BARRIO Y CÓDIGO POSTAL**). En prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a solo efecto en la Ciudad de Córdoba a los ... **días del mes de de** .