

**RES. CACFJ N° 04/23**

<b>CONFORMIDAD DEL/ DE LA RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA</b>	
SOLICITANTE Apellido y nombre	
Cargo	
Dependencia	
Carrera o actividad para la que solicita apoyo económico	
Institución donde cursará la carrera o actividad	
¿Considera que los contenidos de la carrera o actividad para la que se solicita apoyo económico tienen vinculación con las funciones que desempeña? (Si/No. ¿Por qué?)	
¿Considera que la capacitación en la temática propuesta redundará en un beneficio para el mejor desempeño de las funciones de la persona solicitante? (Si/No. ¿Por qué?)	
¿Se verifica superposición horaria o interferencia en la prestación del servicio?. En caso afirmativo, indique si autoriza a la persona solicitante a realizar la actividad para la que solicita la beca dentro del horario laboral	
Apellido y nombre de la persona responsable de la dependencia	
Cargo:	
Firma	