FOTO

SOLICITUD DE INSCRIPCION

(Presentar este formulario por duplicado con las fotos correspondientes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Presentación |  |  |  |  |  |  | Fecha de Ingreso |  |  |  |  |  |  |

1. DATOS PERSONALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido: | | |
| Nombre/s: | | |
| Lugar de nacimiento: Fecha: / / | | |
| Nacionalidad: | | |
| Tipo Documento: | Número: | |
| C.U.I.T. (adjuntar copia): | | |
| Domicilio durante el período de clases:  Localidad: | | |
| Teléfono: | | e-mail: |
| Domicilio de procedencia (donde vive fuera del período de clases): Localidad: | | |
| Teléfono: | | e-mail: |
| Estado Civil: | | |

1. TITULOS UNIVERSITARIOS DE GRADO

(Adjuntar copia de los diplomas y certificado analítico correspondientes, certificados por autoridad competente en el caso de ser nacionales y legalizados en el caso de ser extranjeros.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la Institución | |  | | |
| Sede (Nombre, dirección) | |  | | |
| Título obtenido | |  | | |
| Promedio de notas en la carrera | | | Años de Estudio | |
| Con aplazos | Sin aplazos | | Desde | Hasta |
|  |  | |  |  |

1. TITULOS UNIVERSITARIOS DE POSGRADO

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución |  |
| Sede (Nombre, dirección) |  |
| Título obtenido |  |

TITULO DE POSGRADO AL QUE ASPIRA

|  |
| --- |
| Título: |
|  |
| Departamento Académico donde se realiza la inscripción a la carrera de posgrado: |
|  |
| Lugar de trabajo en donde desarrollará su labor de tesis: |
|  |

1. DIRECTOR DE TESIS PROPUESTO (Adjuntar C.V. completo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido y nombre/s |  | Legajo: |
| Departamento Académico (UNS) u otra Institución |  | |
| Cargos (docentes y/o carrera del Investigador) |  | |
| Lugar de Trabajo: |  | |

Tesis dirigidas \*

Tesis en desarrollo \*

|  |  |
| --- | --- |
| Conformidad para dirigir la tesis (firma) |  |

\* Consignar nombre/s y apellido del tesista, grado para el que fue presentada la tesis (Magister o Doctor) y entre paréntesis año en que fue aprobada. Para las tesis en desarrollo indicar año de iniciación. En caso de ser necesario, complete en hoja aparte.

1. DIRECCIONES COMPARTIDAS (completar en los casos en que corresponda y adjuntar C.V. completo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoría (\*\*):  (Indicar 2do.Director o Co-Director) |  | |
| Apellido y nombre/s |  | Legajo: |
| Departamento Académico (UNS) u otra Institución |  | |
| Cargos (docentes y/o carrera del Investigador) |  | |
| Lugar de Trabajo: |  | |

(\*\*) Art.19º del Reglamento de Estudios de Posgrados Académicos:

2do.Director: Se deberá adjuntar la justificación académica.

Co-Director: El Director de tesis deberá justificar académicamente la propuesta de Co-Director.

Tesis dirigidas \*

Tesis en desarrollo \*

|  |  |
| --- | --- |
| Conformidad para dirigir la tesis (firma) |  |

\* Consignar nombre/s y apellido del tesista, grado para el que fue presentada la tesis (Magister o Doctor) y entre paréntesis año en que fue aprobada. Para las tesis en desarrollo indicar año de iniciación. En caso de ser necesario, complete en hoja aparte.

F. TEMA DE TESIS:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

G. PLAN DE TESIS ( Presentar por separado y con el aval del Director)

H. IDIOMA ELEGIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. CURSOS y SEMINARIOS A REALIZAR (Indique solamente el nombre del curso o seminario)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

AVAL DEL DEPARTAMENTO ACADEMICO

|  |
| --- |
| Resolución del Consejo Departamental Nº: |
| Fecha: ………. / ………. / ………. |
| Observaciones: |
|  |

…………………………………………………….………………

*Firma y Sello de Autoridad del Departamento Académico*

Comisión de Estudios de Posgrado Académico/Profesional

|  |
| --- |
| Sesión Nº: |
| Fecha: ………. / ………. / ………. |
| Dictamen: |