

SOLICITUD DE PRE-INSCRIPCIÓN

FECHA

--	--	--

(Realizar doble clic en áreas sombreadas y podrá registrar sus datos)

Foto 4x4 cm.



I. DATOS PERSONALES

APELLIDO	
NOMBRES	
DNI N°	
ESTADO CIVIL	
NACIONALIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
MODO DE FINANCIAMIENTO POSGRADO	

DOMICILIO

Calle :	N° :	Tel. :
Barrio :	Piso : Dpto:	Tel. :
Ciudad :	C.P. :	Celular:
Mail:	Provincia:	País :

II. FORMACION ACADEMICA

2.1. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE GRADO

Institución:
Duración: Año Egreso:
Título:

2.2. ESTUDIOS DE POSTGRADO

Institución:
Duración:
Título:
Indicar si los estudios se encuentran completos:

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Cargo que ocupa:
Condición que reviste (designación permanente, interina, etc.):
Funciones que desempeña:
Personal a cargo:

Año de ingreso:		
Domicilio:		
Calle :	Nº :	Tel.:
Barrio :	Piso :	
Ciudad :	C.P. :	
Correo electrónico:	Provincia:	Cel.:

3.2. EJERCICIO DE LA PROFESION		
Profesión:		
Funciones que desempeña actualmente:		
Antigüedad en el ejercicio de la profesión:		
Domicilio		
Calle :	Nº :	Tel.:
Barrio :	Piso : Dpto:	
Ciudad :	C.P. :	Cel.
Mail:	Provincia:	País:

IV. RAZONES DE ESTUDIO

Señale sintéticamente las razones por las cuales Ud. desea ingresar a La Maestría en salud Familiar y Comunitaria. Explícite los beneficios que le reportaría el Posgrado para su desarrollo profesional. Si es necesario, utilice espacio adicional para su respuesta.

Enviar esta solicitud por correo electrónico, en archivo adjunto a los mail:
liazot@yahoo.com.ar
edinardo@unse.edu.ar
akunana@hotmail.com