

## SOLICITUD DE PRE-INSCRIPCIÓN

**FECHA**

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

Foto 4x4 cm.

### I. DATOS PERSONALES

<b>APELLIDO</b>	
<b>NOMBRES</b>	
<b>DNI N°</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>	
<b>NACIONALIDAD</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>MODO DE FINANCIAMIENTO POSGRADO</b>	

### 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.:

<b>3.2. EJERCICIO DE LA PROFESION</b>		
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](mailto:liazot@yahoo.com.ar)  
[edinardo@unse.edu.ar](mailto:edinardo@unse.edu.ar)  
[akunana@hotmail.com](mailto:akunana@hotmail.com)