

Form1D - Solicitud de admisión a los estudios de posgrado con orientación al grado de Doctor



- **Apellido/s:**
Nombres:
DNI/CI/LC/PAS. N°: **Nacionalidad:**
Lugar de nacimiento: **Fecha:**
País de residencia permanente¹:
• **Título profesional:**
Institución donde lo obtuvo:

Foto
(optativo)

• **Domicilio particular** (información para comunicación permanente)

Calle y N°: **Código postal:**
Ciudad: **Provincia:** **País:**
Tel.: **Fax:** **Tel. Móvil:**
código país código localidad número interno
E-mail:

• **Dirección laboral actual**

Cátedra/institución/empresa:
Cargo actual:
Calle y N° / Piso / Dpto.:
Código postal: **Ciudad:**
Provincia: **País:**
Tel.: **Fax:**
código país código localidad número interno
E-mail:

- **Institución que lo patrocina:**
¿Tiene usted alguna beca?
Institución otorgante:

El solicitante se notifica que, cuando reciba la carta de admisión, pagará los créditos correspondientes a la matrícula inicial y, sucesivamente, a toda la carrera.

Fecha

Firma y aclaración

¹ Fuera del período de clases