

⇒ **Para: Dpto. de Admisión**



Curso de Posgrado por Internet
MEDICINA DEL DOLOR 2009

SOLICITUD DE INSCRIPCION - CURSOS DE POSGRADO

Inscripción Nro.:.....
Promoción:.....
Fecha inscripción:.....

CURSO AL QUE SE INSCRIBE:

:: MEDICINA DEL DOLOR 2009

DATOS PERSONALES:

Apellido/s:.....

Nombre/s:.....

D.N.I N°:..... C.I. N°:.....

Pasaporte N°:..... L.C. N°:.....

Fecha de nacimiento:

Día:.....Mes:.....Año:.....

Nacionalidad:.....

Lugar de nacimiento:.....

Estado Civil:..... Hijos:.....

Nombre del cónyuge:.....

Sexo:..... Grupo Sanguíneo:..... Factor RH:.....

Domicilio Particular:..... C.P.....

Localidad:..... Teléfono:.....

Correo Electrónico.....

Domicilio Comercial:.....

Localidad:.....

Profesión:..... Empleado en:.....

Título Universitario obtenido:..... Año de Egreso:.....

Establecimiento:.....

Ciudad / Localidad:.....

País:

Idiomas extranjeros que conoce

1)

Conocimiento: Escaso - Medio - Fluido - Lee- Habla - Escribe (subraye lo que corresponda)

Otros Títulos que posee (no universitarios)

Carrera:.....Egresó:.....

Instituto:.....

¿Porqué medio conoció y eligió la Fundación H.A. Barceló?. Marque con una X.

Referencias de profesionales de la salud, alumnos y ex alumnos.	
Familiares allegados médicos	
Medio Publicitario radial (indicar cuál)	
Medio Publicitario televisivo (indicar cuál)	
Medio Publicitario gráfico(indicar cuál)	
Página Web	
Otros... (indique cuales)	

"Tomo conocimiento que los plazos administrativos para expedir la documentación son los siguientes. Diplomas 90 días; Homologación Títulos 45 días; Pases a otras Instituciones 30 días; Otros trámites 30 días." Se deja constancia que hasta tanto el alumno no presente toda la documentación requerida, se encontrará inscripto en forma provisoria. En caso de no cumplimentar la presentación de la documentación en el plazo estipulado, se verá impedido de rendir exámenes finales.

Se deja expresa constancia que en ningún caso se devolverá el importe abonado en concepto de matrícula de inscripción.

La institución no se hace responsable por pérdida, robo, destrucción total o parcial de documentación original dejada por el alumno.

Los alumnos extranjeros de carreras de grado han tomado conocimiento del régimen de reválida de título secundario para poder ejercer en la República Argentina.

La información volcada en la presente, tiene el carácter de declaración jurada. El alumno declara conocer y aceptar las reglamentaciones, normativa interna, disposiciones estatutarias y aranceles vigentes del ciclo lectivo en el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud.

Firma del interesado..... Aclaración:

Completar y enviar por fax al (0054-11) **4805-2607** junto con el Informe de Pago