

**→ INSTRUCCIONES**

Por favor, completar con **letra de imprenta mayúscula**, utilizando solamente el espacio asignado de cada ítem.

No adjuntar más información o documentos de los que se solicitan.

El formulario de inscripción y los documentos solicitados deberá, ser enviados **por duplicado, por correo o personalmente** a **LA NACIÓN: Av. del Libertador 101, piso 4º, Vicente López** | Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

En caso de tratarse de **fotocopias**, el postulante se compromete a presentar los **originales** en el momento de formalizar la matrícula.

La documentación no se devolverá en ningún caso (las solicitudes con documentación incompleta no será procesadas).

<b>→ DOCUMENTACIÓN DE INSCRIPCIÓN</b>	
<b>1</b>	Solicitud de admisión completa.
<b>2</b>	Ficha de datos médicos completa.
<b>3</b>	Fotocopia del certificado analítico de las materias cursadas.
<b>4</b>	Fotocopia del título universitario y/o terciario (en donde figure la legalización del Ministerio de Educación).
<b>5</b>	Fotocopia de DNI o pasaporte.
<b>6</b>	Una foto 4x4 en formato digital.

**→ BECAS Y FINANCIAMIENTO**

Se otorgarán *becas particulares*, en caso de resultados destacados en el test de admisión y de necesidad económica.

Los alumnos admitidos deberán gestionarlas en Av. del Libertador 101, piso 4º, Vicente López, de 10 a 14 una vez que son confirmados como tales.

**→ REGULARIDAD**

Para obtener la condición de alumno regular, los participantes deberán contar con el *80% de asistencia*.

**→ CANCELACIONES**

La primera cuota deberá ser abonada , por anticipado, en concepto de reserva de vacante, antes del mes de mayo del corriente.

Las siguientes cuotas se abonan a partir de abril, siempre del 1 al 10 de cada mes; en ningún caso, éstas serán reintegradas una vez abonadas.

> **→ DATOS PERSONALES**

Apellido/s (como figura/n en el documento) .....  
Nombre/s (como figura/n en el documento) .....  
Sexo:  femenino  masculino Estado civil .....  
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA) ..... Edad .....  
Tipo de documento ..... N° de documento .....

**→ LUGAR DE NACIMIENTO**

Localidad y Depto. o Partido ..... Prov. o Estado ..... País .....  
Nacionalidad ..... País de residencia .....  
¿Tiene segunda nacionalidad?  sí  no ¿Cuál? .....

**Alumnos internacionales:**

Posee residencia en Argentina  sí  no

**→ DOMICILIO**

Calle\* ..... N° ..... Piso y Depto. .... Código Postal .....  
Localidad ..... Provincia ..... País .....  
Teléfono ( ) ..... Teléfono celular ( ) .....  
Correo electrónico (e-mail) .....  
**Teléfono en caso de urgencias ( )** .....

**→ DOMICILIO LABORAL**

Calle\* ..... N° ..... Piso y Depto. .... Código Postal .....  
Localidad ..... Provincia ..... País .....  
Teléfono ( ) ..... Teléfono celular ( ) .....  
Correo electrónico (e-mail) .....

(\*) Indique con una cruz la dirección a la cual enviar la correspondencia (donde hubiere alguna persona para recibirla).

**→ TÍTULOS OBTENIDOS**

	Estudio	Institución	Promedio	Año de Egreso
<b>Grado</b>				
<b>Posgrado Especialización</b>				
<b>Maestría</b>				
<b>Doctorado</b>				
<b>Otros estudios</b>				
<b>Premios y/o distinciones obtenidos</b>				
<b>Becas obtenidas</b>				

**→ ACTIVIDADES DOCENTES**

<b>Tipo de actividad</b> <i>(docente, coordinador, asesor)</i>	Institución	Año	Observaciones

→ **IDIOMAS** | indique si su capacidad es Muy bueno **(MB)**, Bueno **(B)** o Aceptable **(A)**

Idioma	Lee	Escribe	Habla

→ **CONOCIMIENTOS DE SOFTWARE** | indique si su capacidad es Muy bueno **(MB)**, Bueno **(B)** o Aceptable **(A)**

Programa

→ **EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Año Ingreso / Egreso <i>(desde la actual hacia atrás)</i>	Nombre de la Institución o empresa	Cargo desempeñado	Describe sus funciones y responsabilidades	Describe brevemente sus logros más importantes



> **→ SINTETICE COMO VE SU CARRERA PERIODÍSTICA EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**→ ENCUESTA**

¿Cómo conociste la Di Tella? (recomendación, internet, amigos, etc)

.....  
.....

¿Consideraste, investigaste o visitaste otras instituciones que dicten posgrados similares? En caso afirmativo, por favor menciona cuáles.

.....  
.....  
.....

¿Por qué elegiste la Di Tella? Menciona el principal motivo.

.....  
.....  
.....

Menciona las expectativas respecto al programa y la Universidad.

.....  
.....  
.....  
.....

Lugar y fecha .....

Firma .....

Aclaración.....

*Por la presente ratifico mi intención de ser tenido en cuenta en el proceso de admisión. Toda la información presentada es exacta y responde a la verdad. Las autoridades del Máster están autorizadas a verificar cualquiera de los documentos.*

→ Envíe este formulario y el resto de los materiales a:

**DEPARTAMENTO DE ADMISIONES DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

Campus Alcorta: **Av. Figueroa Alcorta 7350**, C1428BCW | Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel: **5169 7231** | WhatsApp: **[11] 5571 9552** | E-mail: **posgradosditella@utdt.edu** | **www.utdt.edu**

Apellidos (como figura/n en el documento) .....

Nombres (como figura/n en el documento) .....

Cobertura médica .....

Nº de asociado ..... Grupo sanguíneo .....

**Alumnos Internacionales: Deberás presentar antes del comienzo de clases copia de seguro de cobertura médica en oficina de admisiones.**

**Personas a las que hay que avisar en caso de emergencia** (aclarar parentesco)

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	TELÉFONO

**Colocar una X en caso de padecer alguna de estas enfermedades**

Alergia    Arritmia del corazón    Asma    Cardiopatía    Diabetes    Disritmia cerebral

**Otros datos de interés** .....

.....

.....

**Si ha sido intervenido quirúrgicamente indicar de qué** .....

.....

.....

**Otros datos que debamos conocer** .....

.....

.....

Autorizo a las autoridades de la Universidad Torcuato Di Tella a tomar decisiones que a su criterio consideren convenientes en caso de necesidad, por enfermedad o accidentes. Doy mi autorización para que, en caso de necesidad, la medicación indicada por EMERGENCIAS MÉDICAS me sea suministrada.

Firma .....

Aclaración .....

