

→ 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**

> **APELLIDO/S** .....

> **NOMBRE/S** .....

> **Nº DE LEGAJO** .....

**POR FAVOR, MARQUE CON UNA CRUZ EL PROGRAMA AL CUAL SE INSCRIBE**

Doctorado en Estudios Internacionales

Doctorado en Ciencia Política

Maestría en Estudios Internacionales

Maestría en Ciencia Política

**→ DOCUMENTACIÓN DE INSCRIPCIÓN**

<b>1</b>	Solicitud de admisión completa.
<b>2</b>	Ficha de datos médicos completa.
<b>3</b>	Fotocopia doble faz del título universitario (en donde figure la legalización del Ministerio de Educación).
<b>4</b>	Fotocopia del certificado analítico de las materias cursadas.
<b>5</b>	Fotocopia de DNI o pasaporte en caso de extranjeros (las dos primeras páginas).
<b>6</b>	Una foto 4x4 en formato jpg (con el nombre de archivo "apellido_nombre.jpg - enviar a posgradosditella@utdt.edu).
<b>7</b>	CV.
<b>8</b>	Si postula a Doctorados, fotocopia doble faz de título y analítico de posgrado.
<b>9</b>	Doctorados Internacionales, tema de proyecto de investigación (5 páginas).

→ Pago de la Reserva de Vacante:

- Se realiza luego de la entrega de la documentación y la posterior comunicación de Admisión.
- El valor de la misma es una cuota programada.
- Período de Inscripción Temprana: bonificación del 50% sobre la Reserva de Vacante abonando hasta el 30/12.

→ 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 ( )** .....

→ ESTUDIOS DE GRADO

Universidad .....  
Título de grado .....  
Período de estudios: desde ..... hasta ..... Promedio:

→ ESTUDIOS DE POSGRADO (EN CASO DE QUE CORRESPONDA)

Universidad .....  
Título de grado .....  
Período de estudios: desde ..... hasta ..... Promedio:

**→ CURSOS REALIZADOS**

Nombre de la Institución .....

Nombre del Curso / Materia .....

Período de estudios: desde ..... hasta .....

Nombre de la Institución .....

Nombre del Curso / Materia .....

Período de estudios: desde ..... hasta .....

Nombre de la Institución .....

Nombre del Curso / Materia .....

Período de estudios: desde ..... hasta .....

**→ IDIOMAS** (Indicar con una **cruz** si su capacidad es Muy buena **MB**, Buena **B** o Aceptable **A**).

		MB   B   A		MB   B   A		MB   B   A
Idioma .....	Lee	<input type="checkbox"/>	Escribe	<input type="checkbox"/>	Habla	<input type="checkbox"/>
Idioma .....	Lee	<input type="checkbox"/>	Escribe	<input type="checkbox"/>	Habla	<input type="checkbox"/>
Idioma .....	Lee	<input type="checkbox"/>	Escribe	<input type="checkbox"/>	Habla	<input type="checkbox"/>

**→ EXPERIENCIA LABORAL ACTUAL**

Institución / Empresa .....

Calle ..... N° ..... Piso ..... Departamento .....

Código Postal ..... Localidad ..... País .....

Teléfono (      ) ..... Fax .....

Rubro ..... Cargo/Posición .....

Departamento ..... desde ..... hasta .....

Nombre de superior inmediato ..... Cargo .....

Breve descripción de sus funciones y responsabilidades .....

.....

.....

.....

.....

.....

→ **ACTIVIDADES DOCENTES** (En caso que corresponda)

Universidad / Colegio .....

Carrera .....

Curso / Materia .....

Cargo .....

Fecha: desde ..... hasta .....

Universidad / Colegio .....

Carrera .....

Curso / Materia .....

Cargo .....

Fecha: desde ..... hasta .....

→ **PRINCIPALES TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN REALIZADOS** (En caso que corresponda)

Título .....

Fecha .....

Título .....

Fecha .....

→ **DATOS RELATIVOS A LA FACTURACIÓN** (COMPLETAR EN CASO DE SER NECESARIO FACTURACIÓN A EMPRESAS)

Razón social .....

CUIT ..... Condición frente al I.V.A. ....

Calle ..... N° ..... Piso ..... Departamento .....

Código postal ..... Localidad ..... Teléfono ..... Interno .....

Porcentaje de la cuota al que aplica esta facturación .....

→ 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:

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

No se aceptarán solicitudes fuera de término. Verifique el envío de toda la documentación requerida para la consideración de esta solicitud.

Declaro que la información que antecede es correcta. **Me comprometo formalmente a tomar conocimiento y a cumplir las normas del "Reglamento de Estudios de Posgrado de la UTDT".**

Firma .....

Aclaración .....

Lugar y fecha .....



→ 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: **posgradositella@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 .....