



FORMULARIO DE MATRICULACIÓN

Solicitud N°:

Datos a completar por la Dirección de Postgrado

Día:

Mes:

Año:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Unidad Académica:

FACULTAD DE ARQUITECTURA DISEÑO Y ARTE

Sede:

SAN LORENZO

Marque el nombre del Programa de Postgrado de interés:

Especializaciones

Didáctica Universitaria

Diseño de Muebles

Maestría

Maestría en Tecnología de la Arquitectura

2. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE Completar con letra IMPRENTA Y LEGIBLE (todos los campos son obligatorios)

Documento de Identidad N°:

Apellido/s:

Nombre/s:

Carrera de Egreso:

Universidad:

Tel: Línea baja:

Tel. Celular:

E-mail:

Dirección:

Nombre de la Calle, Número y Localidad

Proviene de Pueblos Originarios:

NO

SI

Especificar etnia si la respuesta fue afirmativa:

Posee alguna discapacidad:

NO

SI

Especificar: A) Discapacidad motriz (silla de ruedas) B) Discapacidad motriz (muletas) C) Discapacidad visual/visión baja D) Discapacidad auditiva (sordera e hipoacusia) E) Otros: Talla baja, Discapacidad intelectual y psicosocial. Enfermedades transitorias que impliquen una discapacidad momentánea.

2.1. DATOS DE CONTACTO (en caso de emergencia)

Nombres y apellidos de contacto:

Parentesco:

E- mail:

Teléfono:

TIPO DE INSCRIPCIÓN

Egresado de la FADA

Docente de la FADA

N° de Resolución:

Debe presentarse copia al momento de la matriculación

Funcionario de la FADA

N° de Resolución:

Debe presentarse copia al momento de la matriculación

Egresado de la UNA

Egresado de otras universidades

MODALIDAD DE PAGO

Contado

Cuotas

DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD

Copia visada por el Rectorado de la UNA del Título de Grado

Copia autenticada por Escribanía Pública de Cédula de Identidad Civil

Copia autenticada por Escribanía Pública de Cédula de Identidad Civil

Anotaciones Dirección de Postgrado

V° B° Postgrado

Sello y firma

Verificado DPG

Me matriculo como estudiante de Postgrado de la FADA/UNA, asumiendo la responsabilidad de cumplir con los requisitos legales, administrativos y académicos para la obtención del programa.

En caso de optar por el pago fraccionado, me comprometo a abonar cada módulo antes de su inicio.

Con carácter de declaración jurada expreso que los datos consignados precedentemente son verídicos

Firma

Aclaración

De uso exclusivo de la Institución - Matriculación (Dirección Académica)

Recibido por:

Firma:

Fecha:

Verificado por:

Firma:

Fecha: