

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEPORTIVA DEL EQUINO** Apellido y Nombres: ……………………………………………………………..………….………...........................................

Lugar y fecha de nacimiento:………………………………………………………………………………………..

Documento de identidad:…………………...........….............................................................................................

Domicilio (calle–número–piso–departamento–localidad–ciudad–país)..............................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………..Teléfono:……………………………Teléfono móvil:…………………… Mail para contacto:………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Mail alternativo:…………………………………….......................................................................................... Título Universitario:……………………………………. ………………………………………………………..

Universidad:……………………………………………….Facultad/Sede:…………………………………………. Año de graduación:……………………………... Institución o empresa donde se desempeña o ejercicio profesional:…………………………………………………………………………………………………………

Área o Departamento:……………….............................................................................................................

Domicilio (calle–número–piso–departamento–localidad–ciudad–país)….…………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Temática en la cual considera que realizará su tesis:………………………….…………………………..

1 **Copia de título universitario (2 copias legalizadas en la UBA)**

2 **Nota del aspirante dirigida al Director de la Maestría solicitando su ingreso al posgrado**

3 **Carta de aval de la institución donde realiza su actividad profesional expresando la aceptación de la misma para la participación del aspirante en la carrera**

4 **Curriculum vitae completo (según normas)**

5 **Dos fotos (tipo carnet)**

6 **Fotocopia D.N.I / Pasaporte (legibles)**

Firma y Aclaración:……………………………………………