



## 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**

Firma y Aclaración:.....