

→ 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

- Maestría en Economía
- Maestría en Econometría
- Maestría en Economía Aplicada
- Programa de Actualización en Economía Avanzada

→ DOCUMENTACIÓN DE INSCRIPCIÓN	
1	Solicitud de admisión completa.
2	Ficha de datos médicos completa.
3	Fotocopia doble faz del título universitario (en donde figure la legalización del Ministerio de Educación).
4	Fotocopia del certificado analítico de las materias cursadas.
5	Fotocopia de DNI o pasaporte en caso de extranjeros (las dos primeras páginas).
6	Una foto 4x4 en formato jpg (con el nombre de archivo "apellido_nombre.jpg - enviar a posgradosditella@utdt.edu).
7	CV.

→ 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 mencioná cuáles.

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

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

.....
.....

Mencioná 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: **posgradosditella@utdt.edu** | **www.utdt.edu**

Apellidos (como figura/n en el documento)

Nombres (como figura/n en el documento)

Cobertura médica

N° 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