1. **FICHA DE PREINSCRIPCIÓN ENVIAR POR EMAIL A:**

[**posgrado@facias.uncoma.edu.ar**](mailto:posgrado@facias.uncoma.edu.ar)

TACHAR lugar de cursado: 1- FACIAS, SEDE CHOELE-CHOEL

2- FADECS CIUDAD DE GENERAL ROCA,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | |
| **Apellido Nombre** | | | **Fecha de Nacimiento** |
|  | | |  |
| **Documento de identidad:** | | | |
|  | | | |
| **Título:** | | **Institución que otorgó el título:** | |
|  | |  | |
| **Institución donde trabaja:** | | | **Teléfono:** |
|  | | |  |
| **Dirección particular:** | | | **Teléfono:** |
|  | | |  |
| **Ciudad:** | **Provincia:** | | **Código postal:** |
|  |  | |  |
| **Fax:** | **E-mail:** | | **E-mail de referencia:** |
|  |  | |  |

**LUGAR:……………………………………………FECHA:…../…../…………….**

**NOTA:** Además deberá adjuntar:

* Fotocopia del título (legalizada, o copia más original, se autentica en esta Secretaría sin costo)
* 1 fotocopia 1ª y 2ª hojas del D.N.I.\*

Se recibirá la documentación por correo electrónico: [posgrado@facias.uncoma.edu.ar](mailto:posgrado@facias.uncoma.edu.ar) Secretaría de Ciencia, Técnica y Posgrado – Neuquén Capital, Calle Buenos Aires 1400 – 1º piso de aulas comunes de Rectorado – Tel. 4490300 Int. 432 – De Lunes a Viernes de 08 a 15 hs.

**Con el envío de esta planilla usted deja confirmada su preinscripción.**