**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

|  |
| --- |
| Curso o Seminario: |
|  |
|   |  |
| Cuatrimestre: | Año: |
| Pre o Posgrado: |
|  |
| Apellido y Nombres: |
| Domicilio: | Teléfono: |
| Domicilio laboral: | Teléfono: |
| E-mail: |
| Documento de Identidad | Tipo: | Nº: |
|  |
| Título que posee: |
| Expedido por: | Año: |
| Expediente de Tesis Nº: |
|  |
| Curso Arancelado:  | SI | NO | (Tachar lo que no corresponda) |
| Exceptuado de pago:  | SI | NO | (Tachar lo que no corresponda) |
| Motivo (en caso de excepción) | Personal UNS: |
| Otro: |
| Nº de Recibo Arancel: |
|  |  Firma Alumno |
| Autorización del Departamento Docente  |
| Fecha: |
| Observaciones: |
|  |
|  |

Constancia para el alumno

|  |
| --- |
| Apellido y Nombres: |
| Curso o Seminario: |
| Recibido |
| Sello y firma del Departamento Académico |