|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año 2021** | Nº Inscripción:  |  |

Solicito mi admisión en calidad de alumno graduado en:

## MAESTRÍA EN CIENCIA Y TERCNOLOGÍA DE MATERIALES

Categoría “A” Resolución CONEAU No 221/21

### **DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido:** |  |
| **Nombres:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nacionalidad |  |  | Lugar de Nacimiento |
| Argentino nativo |  |  |  | País: |  |
| Argentino por opción |  |  |  | Provincia: |  |
| Argentino naturalizado |  |  |  | Partido: |  |
| Extranjero |  |  |  | Ciudad: |  |

#### Fecha de Nacimiento Estado Civil

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Día | Mes | Año |  | Soltero |  |
|  |  |  |  | Casado |  |
|  |  |  |  | Divorciado |  |
|  |  |  |  | Viudo |  |

#### Género Grupo Sanguíneo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Tipo |  | Factor RH |  |

#### Documento de Identidad Pasaporte si es extranjero/a

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

#### Correo electrónico

#### Teléfono de contacto

#### Domicilio Permanente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Calle |  | Piso/Dpto |  |
| Ciudad |  | Partido |  |
| Provincia |  | País |  |

#### Domicilio en Mar del Plata

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Calle |  | Piso/Dpto |  |

#### Estudios Universitarios

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad: |  |
| Dirección: |  | Ciudad: |  |
| Provincia: |  | País: |  |
| Carrera: |  |
| Año de ingreso: |  | Año de egreso: |  |
| Cantidad de materias: |  | Promedio: |  |

**Ocupación Actual**

|  |  |
| --- | --- |
| Cargo actual1: |  |
| Institución a la que pertenece2: |  |
| Posee Beca para realizar el Posgrado | SI |  | NO |  |
| Organismo que financia la Beca: |  |

Importante: la información que consigne en este cuadro determinará su condición frente al pago del arancel.

1 Complete en este campo si cuenta con cargos distintos o adicionales al de becario, como por ejemplo docente, investigador, personal de apoyo o cualquier otro en instituciones públicas o privadas.

2 Complete con los nombres de las instituciones asociadas los cargos indicados en el campo anterior.

**Título de la Tesis a desarrollar:**

**Dirección:**

|  |  |
| --- | --- |
| Director/a de tesis: |  |
| Codirector/a de tesis: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma director/a |  | Firma codirector/a |

**Comisión de Seguimiento:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Institución** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

Aceptación para integrar la Comisión de Seguimiento y conformidad con el plan de trabajo y plan de cursos presentado por el alumno.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Integrante 1 | Integrante 2 | Integrante 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha: |  |

|  |
| --- |
|  |
| Firma de el/la postulante |

Se adjunta:

* Certificado Analítico (copia fiel del original).
* Copia del Título de grado (copia fiel del original).
* Curriculum Vitae.
* Copia del Plan de Trabajo (formato presentado en CONICET).

Esta información deberá ser presentada antes de comenzar a cursar las asignaturas:

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido:** |  |
| **Nombres:** |  |
| **Matricula:** |  |

PLAN DE ASIGNATURAS

1er año

|  |  |
| --- | --- |
| **Asignatura** | **Cantidad de horas** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

AVAL DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Integrante 1 | Integrante 2 | Integrante 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha: |  |

|  |
| --- |
|  |
| Firma de el/la postulante |

**AVAL DEL DIRECTOR DEL POSGRADO**

**EN REPRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO**

|  |
| --- |
|  |
| Firma del director/a del posgrado |

Esta información deberá ser presentada antes de comenzar a cursar las asignaturas:

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido:** |  |
| **Nombres:** |  |
| **Matricula:** |  |

PLAN DE ASIGNATURAS

2do año

|  |  |
| --- | --- |
| **Asignatura** | **Cantidad de horas** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

AVAL DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Integrante 1 | Integrante 2 | Integrante 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha: |  |

|  |
| --- |
|  |
| Firma de el/la postulante |

**AVAL DEL DIRECTOR DEL POSGRADO**

**EN REPRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO.**

|  |
| --- |
|  |
| Firma del director/a del posgrado |