



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES
FACULTAD DE CIENCIAS FORESTALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES
FACULTAD DE CIENCIAS FORESTALES
Secretaría de Ciencia, Técnicas y Postgrado

Formulario de Inscripción a Carreras de Posgrados

Carrera: *Magíster en Ciencias Forestales con orientación en académico:*

Año

| A. DATOS PERSONALES | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-----|--|
| Apellido/s y Nombre/s: | | | FOTOGRAFIA (Adherir fuertemente) | | | |
| Lugar de Nacimiento | Fecha de nacimiento | | | | | |
| | Día | Mes | | | Año | |
| Estado civil : | | | | | | |
| Nacionalidad; | | | | | | |
| Argentina: ___ DNI N°: | Extranjera: ___ Pasaporte N°: | | País: | | | |
| Dirección Completa y Exacta (Domicilio, Ciudad, Provincia): | | | Teléfono: | | | |
| | | | Fax: | | | |
| E-mail: _ | | | | | | |
| B. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS | | | | | | |
| Título de Grado: | | | | | | |
| Universidad que lo Expidió: | | | Año: | | | |
| Título de Posgrado: | | | | | | |
| Universidad que lo Expidió: | | | Año: | | | |
| C. SITUACION LABORAL | | | | | | |
| Trabaja: si ___ No trabaja: ___ | | N° de horas semanales: 40hs _____ | | | | |
| Empleo actual (Indicar si se trata de instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas): | | | | | | |
| Nombre de la Institución | | Cargo | | Año de Ingreso: | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| D. CONOCIMIENTO DE IDIOMAS (Indicar Muy bien, Bien o Aceptable) | | | | | | |
| Idioma | Lee | Escribe | Habla | Entiende | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| E. PERSONAS A QUIEN EL POSTULANTE SOLICITÓ REFERENCIAS | | | | | | |
| Apellido/s y Nombre/s: | | | Profesión. | | | |
| Cargo: | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | |
| Calle | Piso/Dpto: | Ciudad: | | | | |
| Provincia: Misiones | | | | | | |
| Apellido/s y Nombre/s: | | | Profesión.: | | | |
| Cargo: | | | | | | |
| Dirección | | | | | | |
| Calle: | Piso/Dpto.: | Ciudad | Provincia | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Firma del Aspirante | | | Responsable del Área de Posgrado | | | |