**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA**

**FICHA DE INSCRIPCION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del seminario o curso de posgrado** | |
| Nombre Seminario |  |
| Docente Disertante |  |
| Fechas |  |
| **Datos Personales del alumno** | |
| Apellido y Nombre |  |
| **DNI** |  |
| **Título de Grado** |  |
| **Expedido por Univ. / Fac. Inst.** |  |
| Domicilio |  |
| **Ciudad y C.P.** |  |
| Teléfonos |  |
| **E-Mail** |  |
| **Docente Universitario** | **Fac. / Univ. / Inst.:** |
| **Cátedra:** |
| **Año:** |
| **Sugerencias disertantes y/o**  **temas de interés:** | |
| Arancel / Forma de pago: |  |
| Nº de Recibo: |  |
| Fecha de Pago: |  |

Declaro que las informaciones que consigno son verdaderas y que acepto cumplir con las regulaciones establecidas para las actividades de Posgrado en que me inscribo. La inscripción al Curso / Seminario implica el pago total de canon fijado independientemente de la entrega de trabajo final y de la asistencia al mismo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:**  **Aclaración:** | **Fecha Inscripción:**  ............./............/............ |