|  |
| --- |
|    |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | A1 |
| **DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN **DOCENTE N° 3 “Dr. Julio César Avanza”** |

Foto

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LA ESPECIALIZACIÓN DOCENTE

Postítulo: [Actualización Docente en Educ. en Contextos de Encierro](http://isfd3.bue.infd.edu.ar/sitio/administracion/admin_items.cgi?wAccion=modifica_data&wid_item=100)

DATOS PERSONALES

Apellido y nombres: ..........................................……………............................................. Sexo: ...................

DNI: ..........……..……............ Fecha y lugar de nacimiento: ...........……….............….....................................

Estado civil: .......................... Hijos (cantidad): .....................

Domicilio: ........................................................................................ Nº: .............. Piso: ......... Depto: ...........

Loc./barrio: ........................................................................... Partido: ...........................................................

Código postal: .................. Teléfono: ..............……….............. Teléfono celular: ………..……......…................

Correo electrónico: ...….........…………………………………………………………………………………………………

ESTUDIOS CURSADOS

Título nivel superior o universitario: ............................................................................... Año de egreso: ........

Otorgado:.....................................................................................................................................................

Otros estudios: ............................................................................................................................................

................................................................................................................... Año de egreso: ........................

DATOS LABORALES

Escuela o Instituto Superior.............................................................................................................................

Distrito: .........................................................................................................................................................

Rol o función……………………………………………………………………………………………………………...........

Materia que dicta………………………………………………………………………………………………………………..

**Los datos que anteceden revisten carácter de declaración jurada**

***ACTA DE NOTIFICACIÓN:* Por la presente me notifico que las fotocopias de título/s que he presentado en esta sede serán analizadas oportunamente y al aprobar la totalidad de los módulos, recibiré el certificado de aprobación de módulos o el Postítulo de Especialización Docente, según determine resolución y régimen académico.**

Firma del interesado: ......................................Aclaración:…………………………………DNI….........................

Fecha de solicitud de inscripción: ......... /......... / 2017 RECEPCIONADA POR ……………………………….