

POSTULACIÓN A CURSO DE AMPLIACIÓN

Indique el nombre del programa: _____

Indique la sede de UCAB: _____

INSTRUCCIONES:

LLENE LA PLANILLA DE CURSOS DE AMPLIACIÓN Y ANEXAR LOS SIGUIENTES RECAUDOS:

- ◆ FOTOCOPIA DEL TÍTULO DE PREGRADO O EN SU DEFECTO, EL ACTA DE OTORGAMIENTO DEL MISMO
- ◆ FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD

ASIGNATURA	NRC

APELLIDOS		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PAÍS DE NACIMIENTO	ESTADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO		
CORREO ELECTRÓNICO		CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
RELIGIÓN	ESTADO CIVIL	N° DE HIJOS	INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD	

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE PREGRADO Y POSTGRADO (UNIVERSIDAD O INST. DE EDUCACIÓN SUPERIOR)	TÍTULO O GRADO OBTENIDO	AÑOS		FECHA DE GRADO
		INICIO	FIN	

DIRECCIÓN DE UNIVERSIDAD (Avenida o Calle, Zona o Parroquia, Ciudad, Estado y País)			
CÓDIGO POSTAL	FECHA DE GRADUACIÓN	PROMEDIO	CARRERA
DIRECCIÓN DE UNIVERSIDAD (Avenida o Calle, Zona o Parroquia, Ciudad, Estado y País)			
CÓDIGO POSTAL	FECHA DE GRADUACIÓN	PROMEDIO	CARRERA

¿TRABAJA? SI NO EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE

CARGO QUE DESEMPEÑA		EMPRESA/INSTITUCIÓN	DESDE
DIRECCIÓN DE TRABAJO (Avenida o Calle, Zona o Parroquia, Ciudad, Estado y País)			
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE TRABAJO		
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (Avenida o Calle, Zona o Parroquia, Ciudad, Estado y País)			
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE HABITACIÓN	TELÉFONO CELULAR	

FECHA: ___/___/___

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

Director de Escuela/ Postgrado:

Vista la solicitud anterior y de acuerdo al establecido en el Artículo 3° del Reglamento sobre Alumnos (as) Extraordinarios (as) y Oyentes, doy visto bueno de la admisión del aspirante arriba identificado.

FECHA: ___/___/___

Director del programa

Secretaría:

Vista la solicitud anterior y de acuerdo al establecido en el Artículo 3° del Reglamento sobre Alumnos (as) Extraordinarios (as) y Oyentes, doy visto bueno de la admisión del aspirante arriba identificado.

FECHA: ___/___/___

El Secretario (a)