**ESCUELA DE POSGRADO**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

**Importante**: Los datos tienen carácter de declaración jurada y confidencialidad, sujeta a posterior verificación.

1. **TIPO DE ESTUDIOS AL QUE POSTULA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | DOCTORADO |
|  | MAESTRIA |

* 1. **INDIQUE LA MODALIDAD** (SOLO PARA LAS UNIDADES DE POSGRADO: facultad de Ingeniería Ambiental y de Recursos Naturales y Facultad de Ciencias de la Salud).

|  |  |
| --- | --- |
|  | A DISTANCIA |
|  | PRESENCIAL |

*Las otras Unidades solo tiene modalidad presencial.*

1. **SI POSTULA A ESTUDIOS DE DOCTORADO INDIQUE EL NOMBRE DEL PROGRAMA**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **SI POSTULA A ESTUDIOS DE MAESTRÍA INDIQUE EL NOMBRE DEL PROGRAMA**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| NÙMERO DE DNI |  |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| DOMICILIO ACTUAL |  |
| DEPARTAMENTO/CIUDAD |  |
| TELEFONO FIJO/ CELULAR |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |

1. **NACIONALIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
|  | PERUANA |
|  | EXTRANJERA |

1. **FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA (DD/MM/AA) |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO |  |
| PAIS |  |
| DEPARTAMENTO |  |
| PROVINCIA |  |

1. **SEXO Y ESTADO CIVIL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEXO | |  |  | ESTADO CIVIL | |
| MASCULINO |  |  |  | SOLTERO(A) |  |
| FEMENINO |  |  |  | CASADO(A) |  |
|  |  |  |  | DIVORCIADO(A) |  |
|  |  |  |  | VIUDO(A) |  |

1. **REQUIERE CONDICIONES DE NECESIDADES ESPECIALES (Obligatorio responder).**

**Sí No**

**Si su respuesta ha sido “Sí”, indicar cuál es:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD / CARNET CONADIS (Obligatorio responder).**

**Sí No**

**Si su respuesta ha sido “Sí”, indicar cuál es:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **DATOS DE CONTACTO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO |  |
| GRADO DE PARENTESCO |  |
| DOMICILIO ACTUAL |  |
| DISTRITO |  |
| TELEFONO |  |
| CORREO ELECTRONICO |  |

1. **GRADO ACADÉMICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GRADO ACADÉMICO | | OBTENIDO EN EL AÑO | UNIVERSIDAD |
|  | BACHILLER |  |  |
|  | MAESTRO |  |  |
|  | DOCTOR |  |  |

1. **TÍTULO PROFESIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TÍTULO PROFESIONAL | OBTENIDO EN EL AÑO | UNIVERSIDAD |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO ACTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| CENTRO DE TRABAJO ACTUAL |  |
| CARGO QUE OCUPA |  |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO |  |
| TELÉFONO DE TRABAJO |  |

Declaro que la información proporcionada en el presente documento es veraz.

Autorizo el uso de mis datos personales a la Universidad Nacional del Callao, para fines académicos y administrativos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 2024 |

FECHA

………………………………………………………

**Firma**

**Apellidos y nombres del postulante**