FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS

Solicitud de autorización para realizar cursos de posgrado

dictados en instituciones externas

Señor Decano de la

Facultad de Ciencias Exactas

Dr. Mauricio F. Erben

# SU DESPACHO:

Por la presente los abajo firmantes, realizamos el pedido de aceptación del siguiente curso externo para que sea validado como curso de Posgrado.-

|  |  |
| --- | --- |
| Tesista |  |
| Área de Doctorado |  |
| Año de inscripción |  |
| Director |  |
| Co-Director |  |
| Tema de Tesis |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de curso | | | | |
| Formación Específica |  |  | Formación Humanística |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Año | |  | | | | | | | | | Semestre | |  | |
| Nombre del Curso | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesor Responsable del curso (indicando las horas que participa en el dictado de clases) | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido y Nombres  Cargo Docente/Carrera del Investigador  Institución | | | | | | | | | | | | | | |
| Docentes Participantes | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.- Apellido y Nombres  Cargo Docente/Carrera del Investigador  Institución  2.- Apellido y Nombres  Cargo Docente  Institución | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración total del curso (en horas y semanas) | | | | | | | |  | | | | | | |
| Modalidad  (Teórico, teórico-práctico, seminario, etc) | | | | | | | |  | | | | | | |
| Tipo de evaluación prevista (escrita, ponencia, monografía, taller, etc) y tipo de calificación (aprobado, desaprobado, numérica) | | | | | | | |  | | | | | | |
| Institución donde se dictará (datos completos) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de dictado | | | | |  | | | | | Cupo de alumnos | | | |  |
| Justificación de la relevancia del curso en la formación del tesista y en el desarrollo de su tesis doctoral (explicar en no más de una carilla) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Arancelamiento | | | | | | | | | | | | | | |
| NO |  | | SÍ |  | | Montos |  | | | | | | | |
| Indicar cómo se financia (subsidios o en forma personal) | | | | | |  | | | | | | | | |
| Breve resumen de los objetivos y contenidos del curso | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Contacto con el responsable del curso | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | |  | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | |  | | | | | | Fax | | |  | | |
| Correo electrónico | | | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VERIFICACION DE REQUISITOS (visado de la documentación por parte de la Secretaría de posgrado) | | Completo (marcar con una X) |
| Duración total (en horas) | |  |
| Método de evaluación | |  |
| Bibliografía | |  |
| CV Responsable/s Curso (contenido que debe tener el CV a presentar) | Cargos que desempeña / Carrera / Título y Formación de Posgrado / Publicaciones (Nacionales, Internacionales) de los últimos 5 años / Formación de recursos Humanos / Experiencia de Posgrado |  |
| Justificación Art. 2º | Si el curso ya fue realizado, deberán adjuntar una nota justificando la tardanza en la presentación del mismo. La nota debe estar firmada por el tesista, director/a y codirector/a si corresponde. |  |
| Certificado de Aprobación | |  |

Firmas del tesista y del/los Director/es