**F I C H A D E I N S C R I P C I Ó N**

|  |
| --- |
| **Universidad Viña del Mar** |
| Email: postgrados@uvm.cl  Fono consultas : (56-32) 2462527 |

**Datos Personales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno: |  | Apellido Materno: |  |
| Nombres: |  | | |
| Cédula de Identidad: |  | | |
| Dirección: |  | | |
| Comuna: |  | Ciudad: |  |
| Teléfono Fijo: |  | E-mail (1): |  |
| Teléfono celular: |  | E-mail (2): |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |  |  |

**Estudios Superiores**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| institución de Egreso enseñanza media: |  | | |
| Ano de egreso |  | | |
| Estudios Superiores  Nombre institución: |  | | |
| Carrera: |  | Año ingreso |  |
|  |  | Año egreso |  |

**Antecedentes Laborales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institución a la que  Pertenece: |  | | |
| R.U.T.: |  | | |
| Dirección Institucional: |  | | |
| Unidad o  Departamento al que  Pertenece: |  | | |
| Cargo: |  | | |
| Teléfono: |  | E-mail: |  |