

Solicitud de acreditación de actividades de postgrado

Mar del Plata,

Sra. Directora de la Escuela de Postgrado
Facultad de Ciencias Exactas y Naturales
Universidad Nacional de Mar del Plata

Por la presente solicito se me acrediten y/o certifiquen las actividades de postgrado o requisitos que a continuación detallo y certifico, de acuerdo con la OCA 1074/19.

Tesista:

DNI:

Director:

Director / Codirector:

Solicita cumplimiento de requisitos:

1- **Docencia I** (fs.).

Solicito reconocimiento del requisito de un cuatrimestre de actividad docente según OCA

No solicito N° _____ a fs.

*** Documentación de respaldo:**

- OCA de designación o constancia del docente responsable

2- **Gestión** **Extens** **Doc** **a II** (fs.).

Solicito reconocimiento del requisito según OCA a fs.

No solicito

*** Documentación de respaldo:**

- OCA de designación o constancia del docente responsable (sólo para docencia)

3- **Publicación en revista indexada con referato** (fs.).

Solicito reconocimiento del requisito de publicación en revista indexada con referato por

No solicito

publicación a fs.

*** Documentación de respaldo:**

- **Trabajos publicados o en prensa:** Fotocopia de la página inicial de la separata o prueba de impresión.
- **Trabajos aceptados para publicación:** Hoja carátula y resumen de no más de una página y carta de aceptación.

4- Idioma extranjero. (fs.).

Solicito reconocimiento del requisito de conocimiento de idioma extranjero por
No solicito publicación a fs.

*** Documentación de respaldo:**

- **Trabajos publicados o en prensa:** Fotocopia de la página inicial de la separata o prueba de impresión.
- **Trabajos aceptados para publicación:** Hoja carátula y resumen de no más de una página y carta de aceptación.
- **Certificado de idiomas**

Solicita acreditación de cursos:

Por Cursos locales:

- a. **“Nombre del curso”.** Fecha de dictado. Docente responsable. OCA N° _____
_____ UVAC
- b. **“Nombre del curso”.** Fecha de dictado. Docente responsable. OCA N° _____
_____ UVAC

*** Documentación de respaldo:**

- Copia del certificado de aprobación

Por Cursos externos con autorización previa:

- c. **“Nombre del curso”.** Fecha de dictado. Fecha de autorización a fs. .
_____ UVAC
- d. **“Nombre del curso”.** Fecha de dictado. Fecha de autorización a fs. .
_____ UVAC

*** Documentación de respaldo:**

- Copia del certificado de aprobación

Por Cursos externos sin autorización previa:

- a. **“Nombre del curso”.** Fecha de dictado. Institución. Docente responsable. Carga horaria:

_____ UVAC

b. **“Nombre del curso”**. Fecha de dictado. Institución. Docente responsable. Carga horaria:

_____ UVAC

*** Documentación de respaldo:**

- Copia del certificado de aprobación
- CV del docente responsable
- Programa del curso