





A. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

1. DATOS PERSONALES

Depto./Provincia/Estado	C. P:	País:		
Tel: ()	Celular: I	Fax: ()		
/ Lugar de nac	cimiento:			
2. EDUCACIÓN TERCIARIA				
AÑO DE INICIO	AÑO DE FINALIZACIÓN	TÍTULO OBTENIDO		
	Tel: () Lugar de nac 2. EDUCACIÓN TERC	Tel: () Celular: Lugar de nacimiento: 2. EDUCACIÓN TERCIARIA		

3. EXPERIENCIA LABORAL

CARGO O POSICIÓN	EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	DESDE	HASTA

4. IDIOMAS

Si cuenta con algún diploma que certifique su comprensión lectora del idioma Inglés, adjunte una copia del mismo a su postulación.

5. CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS

PROGRAMA	SI	NO
Word u otro procesador de texto		
Excel u otra planilla electrónica		
Fox Plus u otro manejador de base de datos		
SAS u otro paquete de procesamiento de datos		
Otros		

6. INVESTIGACIÓN/EXTENSIÓN

publicaciones (incluyendo título de los artículos, nombre de la revista y año) u otra actividad creativa e la que haya participado:

que los habilite a la fund	ción propuesta.	
Nombre del aspirante:		
Nombre del Director de Tesis :		
Nombre del Co-Director de Tesis	(si corresponde):	
Institución: UDELAR	······	
OTRA		_
Área posible de tesis:		
Nombre del proyecto (financiado)	en el cual se desarrollará la te	sis:
Fuente de financiación del proyec		
Firma del Director de Tesis:		
Aclaración de firma:		
Fecha:		
Firma del Co- Director de Tesis:		
Aclaración de firma:		
Fecha:		
Si corresponde:		
Firma de Co-Director de Tesis:		
Aclaración de firma:		
Fecha:		
INIA, etc. sector privado), su supe	cente, investigador, o emplead rior jerárquico deberá avalar e	do de alguna otra institución (UDELAR, I siguiente texto: orario de trabajo de al menos 20 horas
	studios de Maestría durante d	os años, y una dedicación de al menos
Firma del superior jerárquico	Aclaración	Fecha

B. AVAL DEL TUTOR DE TESIS : docente o investigador que dirigirá la tesis de Maestría. Los directores propuestos deben ser avalados por el Comité Académico de la Maestría

D. AVAL DEL COORDINADOR DE LA MAESTRÍA

El Coordinador de la Maestría en Ciencias Nutricionales, avala la solicitud de inscripción del aspirante, su Director de Tesis y co-directores si hubiere, y el tema de tesis propuesto.

Firma del Coordinador de Maestría:	
Aclaración de firma:	
Fecha:	

E. CARTA DE OBJETIVOS Y METAS

Explique en no más de una carilla (en una hoja adjunta) **sus objetivos y metas** en relación al Posgrado que usted está interesado. Indique por qué y para qué desea obtener el título de Posgrado, cómo se enmarca este objetivo dentro de sus planes de futuro desarrollo profesional y académico, y qué cualidades personales y profesionales indican que usted logrará culminar en tiempo este objetivo.

Lista de Chequeo (para controlar al momento de entregar su inscripción):

REQUISITO	ENTREGADO
Formulario de Inscripción completo	
Fotocopia de cédula de identidad	
Aval del Director de tesis	
Aval del Co-Director (si corresponde)	
Aval del Coordinador de la Maestría	
Original y fotocopia de diploma de idioma Inglés (si cuenta con el mismo)	
Aval del Superior Jerárquico del aspirante (si corresponde)	
Carta de Objetivos y Metas	
Certificado de Escolaridad completo, original y emitido recientemente	
Original y fotocopia del título de Grado	
Para estudiantes extranjeros:	
Fotocopia del pasaporte	
2 cartas de recomendación	
Título legalizado	

Los datos de este formulario tienen carácter de Declaración Jurada.

Firma del aspirante:

Lugar y fecha:

Entregar en la Secretaría de la Maestría en Ciencias Nutricionales en el horario de 9:00 a 16:00 horas.

Dirección: Sección Fisiología y Nutrición (Piso 10 Ala Sur) de la Facultad de Ciencias. Iguá 4225 esquina Mataojo, Montevideo, Uruguay.

Tel.: 2525 86 18 int.7151.

Correo electrónico: secretariamcnut@gmail.com

Se entregará certificado de recepción de la solicitud de inscripción. La Secretaria de MCNut comunicará vía mail a los aspirantes la decisión del Comité Académico de Posgrados acerca de la admisión.