**Formulario de solicitud de autorización o acreditación de cursos externos al programa de posgrado.**

|  |
| --- |
| PROGRAMA DE POSGRADO EN LA FIC |
| SOLICITUD QUE CORRESPONDE  AUTORIZACIÓN PARA CURSAR:  ACREDITACIÓN: |
| **DATOS DEL ESTUDIANTE** |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) |
| CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO DE PUERTA, APARTAMENTO, CIUDAD, DEPARTAMENTO, PAÍS, CÓDIGO POSTAL) |
| CELULAR / CORREO ELECTRÓNICO |
| AÑO DE INGRESO AL PROGRAMA DE POSGRADO |
| TEMA O TÍTULO DE LA TESIS |
| DIRECTOR ACADÉMICO |
| **DATOS DEL CURSO** |
| NOMBRE |
| TIPO DE CURSO  CURSO DE POSGRADO:  CURSO DE EDUCACIÓN PERMANENTE:  OTRO: |
| INSTITUCIÓN / SERVICIO / PROGRAMA DE POSGRADO |
| DURACIÓN / CRÉDITOS |
| MODALIDAD DE APROBACIÓN |
| **FUNDAMENTACIÓN (hasta 350 palabras)** |
|  |
| MÓDULO AL QUE SOLICITA ACREDITAR EL CURSO (en caso de que corresponda) |

**Montevideo, (fecha)**

**Firma del Director académico**

**Aclaración de firma del Director académico**