Solicitud de Inscripción

Miembr\*s egresad\*s

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO |  |
| NOMBRES |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Nacimiento |  | Lugar de Nacimiento |  |
| DNI: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Domicilio Córdoba: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Calle y nº |  |  |
| Barrio: |  | Código postal: |  |
| Teléfono |  | E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proyecto al que aspira incorporarse como miembr\*: | .............................................................................................................................................................................................................................................................................. ....................................................................................................................................... |
| Director/\* |  |
| Co director/\* |  |
| Área del CIFFyH |  | Fecha: / / |

**Requisitos Generales:**

* Ser egresad\* universitari\*.
* Nota de solicitud de inscripción: apellido y nombre, lugar y fecha de nacimiento, documento de identidad, domicilio legal en Córdoba.
* Carpeta de antecedentes: CV nominal, siguiendo formato establecido y fotocopia del título.
* Asistencia a la entrevista con el/la directora/a en fecha, lugar y hora a comunicar vía email.

Por la presente declaro conocer la reglamentación vigente y el compromiso de cumplir con las exigencias requeridas si se accede a ser miembr\* del equipo de investigación elegido. Me comprometo a retirar la documentación presentada, dentro de los 60 días de la correspondiente entrevista.

FIRMA…………………………………………………………………………………

ACLARACIÓN DE FIRMA…………………………………………….........................................

RECIBÍ……………………………………………………………………………….............

 (Firma y Fecha)

RETIRO DOCUMENTACIÓN PRESENTADA………………………………………………

 (Firma y Fecha)