

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Facultad o Sede Universitaria _____

**Solicitud de Matrícula en Actividades de
 Superación Profesional de Postgrado**

No Identidad	Nombre (s)	1er Apellido	2do Apellido
Sexo: Fem.: __ Mas.: __		Fecha Nacimiento:	
País de Residencia:			
Dirección Particular: (calle, número, entrecalles)			
Teléfono:	Municipio:	Provincia:	
Ocupación:		Años Experiencia:	
Organismo donde labora:			
Teléfonos del Trabajo:			
E-mail:		¿Es Cuadro? Si: __ No: __	
¿Es profesor de la UCLV? T. Completo: __ T. Parcial: __ No: __			
Título de Graduado:			
Universidad donde se graduó:		Año de Graduación:	
Tipo de Postgrado que desea matricular: Curso: __ Entrenamiento: __ Diplomado: __			
Título del Postgrado:			
Nombre del Funcionario que autoriza por su centro de trabajo:			
Cargo del funcionario:		Firma del funcionario:	
Observaciones (debe anotarse Tomo y Folio del Título Universitario):			

Nota: Debe Traer Fotocopia debidamente legalizada del Título Universitario

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Facultad o Sede Universitaria _____

**Solicitud de Matrícula en Actividades de
 Superación Profesional de Postgrado**

No Identidad	Nombre (s)	1er Apellido	2do Apellido
Sexo: Fem.: __ Mas.: __		Fecha Nacimiento:	
País de Residencia:			
Dirección Particular: (calle, número, entrecalles)			
Teléfono:	Municipio:	Provincia:	
Ocupación:		Años Experiencia:	
Organismo donde labora:			
Teléfonos del Trabajo:			
E-mail:		¿Es Cuadro? Si: __ No: __	
¿Es profesor de la UCLV? T. Completo: __ T. Parcial: __ No: __			
Título de Graduado:			
Universidad donde se graduó:		Año de Graduación:	
Tipo de Postgrado que desea matricular: Curso: __ Entrenamiento: __ Diplomado: __			
Título del Postgrado:			
Nombre del Funcionario que autoriza por su centro de trabajo:			
Cargo del funcionario:		Firma del funcionario:	
Observaciones (debe anotarse Tomo y Folio del Título Universitario):			

Nota: Debe Traer Fotocopia debidamente legalizada del Título Universitario