

FOTO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

**FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | |
| **Apellidos y Nombres** |  | **Fecha de nacimiento** |  |  |  |
| **Domicilio** |  | **Distrito** |  | | |
| **DNI** |  | **Nacionalidad** |  | | |
| **Teléfono de casa** |  | **Celular** |  | | |
| **E-mail** |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN LABORAL** | | | | | | |
| **Centro de Trabajo** |  | **Horario** | |  | | |
| **Cargo / Ocupación** |  | **Tiempo de Servicios** | |  | | |
| **Dirección del Centro de Trabajo** |  | **Teléfono** |  | | **Fax** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** | | | |
| **Grado Académico de** |  | **Año** |  |
| **Universidad / Institución superior** |  | | |
| **Título Profesional en** |  | **Año** |  |
| **Universidad** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tengo interés en seguir los estudios del Programa de Maestría en Psicología Modalidad Regular** | | | |  | | | |
| **Me interesa la especialidad de** | **Diagnóstico e Intervención Psicoeducativa** | | | | | |  |
| **Psicología Clínica y de la Salud** | | | | | |  |
| **Psicología Empresarial** | | | | | |  |
| **Prevención e Intervención en Niños y Adolescentes** | | | | | |  |
| **Horario** | **Opción A: Martes y jueves de 5 a 9:30 pm** | | | | | |  |
| **Opción B: Solo Sábados de 8 am. a 6 pm** | | | | | |  |
| **Solicito reserva de cupo** | **SI** |  | **NO** | |  | **Admisión 2017** | |

**Firma del postulante Fecha / /**

*La inscripción solo es válida al presentar la documentación requerida y realizar los pagos respectivos.*