SOLICITUD DE ADMISIÓN

**NOMBRE DEL PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AL PARTICIPANTE:**

**1). -** Los documentos requeridos para el programa de especialziación elegido, deberán presentarse antes del inicio de las clases, acompañados de la presente solicitud.

**2).-** Los datos ingresados en la solicitud de admisión, serán considerados como verdaderos y válidos para todo efecto, los cuales podrán estar sujetos a veriﬁcación posterior.

**3).-** La Escuela de Postgrado UCSS, se reserva el derecho de reprogramar la fecha de inicio, si no alcanzara el número mínimo de participantes requeridos para el inicio del mismo.

**4).-** Al entregar firmada la solicitud de admisión, el postulante está manifestando su expresa voluntad de participar en el programa de especialización, por tanto, es responsable de revisar detenidamente las disposiciones administrativas y académicas de la Escuela de Postgrado UCSS, contempladas en el Reglamento de Admisión, para lo cual deberá estar informado de:

a). El costo de matrícula es único y no se encuentra sujeto a devolución ni traspaso bajo ningún supuesto.

b). El monto total del programa de especialización, considera el pago de matrícula y la inversión. Cabe señalar que la certificación está incluida dentro dicha inversión, considerando la aprobación del mismo.

**I. INFORMACIÓN PERSONAL:**

Tipo de documento: Número de documento:

Apellido paterno: Apellido materno:

Nombres:

Fecha de nacimiento (D/M/A):

Sexo: Estado Civil:

Ciudad y país de origen:

Nacionalidad: Idioma nativo:

¿Posee algún tipo de discapacidad?:

Dirección:

Distrito: Provincia:

Departamento: País donde radica:

Teléfono: Celular:

Correo electrónico:

**II. INFORMACIÓN ACADÉMICA:**

Grado académico actual:

Estado (Completo/Incompleto/En desarrollo):

Centro de estudios:

Ciudad y país donde estudió:

Año de egreso:

Idioma: Nivel:

Centro de estudios:

**III. INFORMACIÓN LABORAL:**

Centro de labores:

Cargo: Desde: Hasta:

Área:

Dirección:

Centro de Labores:

Cargo: Desde: Hasta:

Área:

Dirección:

Centro de Labores:

Cargo: Desde: Hasta:

Área:

Dirección:

**IV. INFORMACIÓN ECONÓMICA:**

**Matrícula y pensiones:** (Marcar con una X)

Autofinanciado: Patrocinado: (Llenar formato de la página 5)

Comprobante de pago: Factura:

Nombre:

Dirección:

RUC:

**Tarifa:** (Llenado por la universidad)

Tarifa general: Tarifa corporativa:

Tarifa UCSS:

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

de nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad

N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y participante al Programa de Especialización

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro bajo juramento haber leído y aceptado las condiciones que se detallan en el

Reglamento de Admisión de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Sedes

Sapientiae.

Por tal motivo, firmo el presente documento para los fines correspondientes.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del 202\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma del participante)*

***Importante:*** *Completar con letra imprenta legible, en caso se desarrolle manualmente.*

**FORMATO DE PATROCINIO**

Nombre de la empresa/ institución:

Domicilio legal:

Distrito: Provincia:

Departamento: País:

Representante:

Cargo: Área:

Patrocinado:

Programa de Especialización:

Cargo: Área:

La empresa / institución, se compromete a brindarle las facilidades al participante durante el desarrollo del programa de especialización:

1.- Facilitar la participación a las clases presenciales, en referencia a la flexibilidad en los horarios laborales.

2.- Cubrir el monto de S/. ........................, equivalente al …….% del programa de especialización (en caso de participar con el ﬁnanciamiento).

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del 202\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Firma del participante) (Firma y sello del patrocinador)*

***Importante:*** *Completar con letra imprenta legible, en caso se desarrolle manualmente.*