Yo, ***(nombre de la persona****)* con número de C.I*.* ***(Nro de carnet de la persona****)*, confirmo mi participación en el Programa de ***(programa de maestría****)*, comprometiéndome a realizar el respectivo pago, cuando me confirmen el inicio del programa.

Prosigo a indicar la siguiente información:

**DATOS PERSONALES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre (s):** | **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** |
|  |  |  |
| **Profesión/Título Académico:** |  |

**DIRECCIÓN DOMICILIO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calle:** |  | **Nº** |  | **Barrio/ Zona:** |  |
| **Ciudad/ País:** |  | **Celular:** |  | **Teléfono(s):** |  |
| **E-Mail:** |  |

**PROGRAMA ACADÉMICO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa:** |  | **Importa a pagar por matricula:** | 2000.- Bs. |

*(Con este formulario de confirmación de inscripción su persona accede al* ***10% descuento*** *por inscripción temprana)*

***NOTA IMPORTANTE***:

***REALIZAR EL DEPÓSITO O TRANSFERENCIA BANCARIA, CUANDO LA UNIDAD DE POSTGRADO LE CONFIRME EL INICIO DEL PROGRAMA***

Santa Cruz, …… de …………… de 2023

**FIRMA**