



DOCTORADO EN CIENCIAS AGRONOMICAS

F 5

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HORAS POR CURSOS O ACTIVIDADES DE CURRÍCULO FLEXIBLE

Lugar y fecha

Sr. Director
Doctorado en Ciencias Agronómicas
Dr. Salvador Chaila
Su Despacho

Solicito reconocimiento de horas por cursos de postgrado realizados por
(apellido y nombre del tesista)

Nombre del curso que está presentando:	
Universidad donde realizó el curso:	
Carga horaria del curso:	
Fecha de dictado del curso:	
Presenta (*)	Certificado de aprobación con calificación obtenida y carga horaria
	CV del docente del curso
	Programa del curso

(*) Obligatorios

Firma y aclaración alumno:

Firma y aclaración Director: