



FORMULARIO

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS DE GRADO UNIVERSITARIOS DE ARGENTINA

SEÑOR
JEFE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
PRESENTE

Solicito se proceda al reconocimiento del Título que a continuación se menciona, de conformidad a lo previsto en el Acuerdo de Reconocimiento Mutuo de Títulos Profesionales y Licenciaturas y Títulos de Grado Universitarios entre la República de Chile y la República de Argentina:

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (Completar formulario, imprimir y presentar en Notaría)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	País
Nacionalidad	Documento Nacional de Identidad (DNI), Cédula de Identidad o Pasaporte	
	País:	Nº
Domicilio en Chile:		Comuna:
Email:	Teléfono:	

IDENTIFICACIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL

Título Profesional	Universidad que lo otorgó	Facultad o Unidad Académica
Nombre de la Sede	Ciudad	Fecha de Titulación

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN (FOTOCOPIAS LEGALIZADAS DE LOS ORIGINALES):

- Título profesional original
- Certificado de estudio o analítico
- Fotocopia de la cédula de Identidad (en caso de los chilenos), Documento Nacional de Identidad (DNI) o del pasaporte (sólo las páginas en las que aparece la fotografía, datos personales y vigencia).

Firma del solicitante

Firma del Notario