UNLaR
Universidad Nacional de La Rioja

Secretaría de
Asuntos
Académicos

REQUISITOS PARA
INICIO DE TRAMITE DE TITULO

PREVIAMENTE ACTUALIZAR DATOS EN DIRECCIÓN DE ALUMNOS (EDIFICIO BIBLIOTECA CENTRAL)

- **COMPLETAR EL FORMULARIO N°1**
  (PRESENTAR POR DUPLICADO)
- **FOTOCOPIA DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**
  (FRENTE Y DORSO)
- **COMPROBANTE DE PAGO DE LA TASA CORRESPONDIENTE**
  (PAGO EN FUNLAR - RECTORADO)
- **LIBRE DEUDA DE BIBLIOTECA**
  (DESCARGAR DE PAGINA WWW.BIBLIOTECA.UNLAR.EDU.AR O PRESENCIAL EN BIBLIOTECA CENTRAL UNLAR)
- **MATRÍCULA NACIONAL DE PROFESIONAL DE LA SALUD**
  (EN CASO DE SOLICITAR LA MATRÍCULA NACIONAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD, (R.M. N°674/2026) SE DEBE TILDAR LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE EN FORMULARIO N°1)

DICHA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DEBE SER PRESENTADA EN **ORIGINAL Y COPIAS** EN:

MESA DE ENTRADA
PLANTA BAJA EDIFICIO RECTORADO UNLAR

UNLaR
Universidad Nacional de La Rioja

Secretaría de Asuntos Académicos

(FORMULARIO N°1)

REGISTRO DE SOLICITUD DE TÍTULO

El que suscribe, con Apellidos:			
Nombres:			
Sexo (M,F):		Nacido en la Localidad:	
Provincia:		País:	

(Según se consigna en mi partida de Nacimiento)

D.N.I.N°:		Nacionalidad:		Estado Civil:	

(D.N.I., Extranjeros cédula o pasaporte según corresponda) (Soltero, casado, divorciado o viudo)

Domicilio Actual:			
Celular:		E-mail:	

Cumpliendo con las asignaturas y el Régimen de correlativas, estipulado en la carrera de:

Acuerdo al Plan-Ord. N°		Matrícula Universitaria:	

Fecha de inicio de Carrera:		Fecha de finalización de sus estudios:		Años:	

(En esta y otra universidad) (Última Asignatura de la carrera) (Transcurridos)

Solicito se me extienda el Título de:

Opto por la Fórmula de Juramento

(Indique en Nro. Según los siguientes fórmula) :

1. POR DIOS, LA PATRIA Y LOS SANTOS EVANGELIOS.
2. POR DIOS, LA PATRIA Y EL HONOR.
3. POR LA PATRIA Y EL HONOR.

Si tiene algún grado de discapacidad y desea declararlo rellene el casillero (SI/NO)

(En caso afirmativo se debe presentar certificación de tal condición)

SOLICITUD DE MATRÍCULA NACIONAL PARA PROFESIONAL DE LA SALUD (RM 674/2026) (SI/NO)

"Presto conformidad para que se tramite la Matrícula Profesional Nacional ante el Ministerio de Salud de la Nación, conforme a lo dispuesto en la RM N° 674/2026, de forma conjunta con la expedición de mi titulo y analitico".

……/……/…….

Fecha de Recepción

……/……/…….

Firma del Receptor

Firma y aclaración del Egresado

Firma de la Directora de Alumnos