

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE LA CREDENCIAL DE INVESTIGADOR

Investigador N°:

Complete este formulario con lapicera de tinta y letra mayúscula de imprenta

- Solicitud de credencial de Investigador Renovación de credencial de investigador

A. Complete los DATOS PERSONALES

Apellido/s: Nombre/s:
 Documento tipo: N° Fecha de nacimiento:
 Nacionalidad:
 Domicilio particular permanente: C.P:
 Localidad: Provincia: País:
 Tel/Fax: Correo electrónico:
 Domicilio temporario en la Ciudad Buenos Aires de quienes residen fuera de ella:
 C.P.: Tel./fax:
 Profesión: Ocupación actual:

B. Tilde la/s disciplina/s que investigará en la Biblioteca

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administración de Empresas | <input type="checkbox"/> Ciencias Políticas | <input type="checkbox"/> Historia |
| <input type="checkbox"/> Administración Pública | <input type="checkbox"/> Comercialización | <input type="checkbox"/> Informática |
| <input type="checkbox"/> Agronomía | <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Lingüística |
| <input type="checkbox"/> Antropología | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Literatura |
| <input type="checkbox"/> Arqueología | <input type="checkbox"/> Economía | <input type="checkbox"/> Matemática |
| <input type="checkbox"/> Arquitectura | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Música |
| <input type="checkbox"/> Arte | <input type="checkbox"/> Electrónica | <input type="checkbox"/> Periodismo |
| <input type="checkbox"/> Astronomía | <input type="checkbox"/> Ingeniería | <input type="checkbox"/> Psicología |
| <input type="checkbox"/> Biografía | <input type="checkbox"/> Filosofía | <input type="checkbox"/> Química |
| <input type="checkbox"/> Biología | <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Ciencias de la Comunicación/Información | <input type="checkbox"/> Genealogía/Heráldica | <input type="checkbox"/> Sociología |
| <input type="checkbox"/> Ciencias Médicas | <input type="checkbox"/> Geografía | <input type="checkbox"/> Tecnología |
| | <input type="checkbox"/> Otras: | |

C. Tilde el tipo de investigación que realiza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Edición de texto, video | <input type="checkbox"/> Investigación literaria |
| <input type="checkbox"/> Escritura de libro | <input type="checkbox"/> Investigación periodística |
| <input type="checkbox"/> Investigación científico-técnica | <input type="checkbox"/> Tesis de maestría o doctorado |
| <input type="checkbox"/> Investigación histórica | <input type="checkbox"/> Otro tipo de investigación: |

D. Datos del proyecto de investigación

Nombre del proyecto de investigación:
 Institución del proyecto de investigación:
 Director de la investigación:

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sala Americana	Responsable de la Documentación / Equipo Calidad	Lic. Graciela Perrone

SI NO ES ORIGINAL FIRMADO ES UN DOCUMENTO NO CONTROLADO

Tel. /Fax del director..... Correo electrónico:
Resumen del proyecto:.....

E. Tilde el tipo de organización a la que pertenece el proyecto de investigación (descrito en D)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Universidad Nacional | <input type="checkbox"/> Universidad Privada |
| <input type="checkbox"/> Universidad Extranjera | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Instituto Terciario | <input type="checkbox"/> Independiente |
| <input type="checkbox"/> Instituciones académicas y/o universitarias | <input type="checkbox"/> Organizaciones religiosas |
| | <input type="checkbox"/> Otro tipo: |

F. Datos de la Organización a la que Ud. pertenece y/o trabaja

Nombre de la organización:
Domicilio: C.P.: Localidad:.....
Provincia: País: Tel/fax:
Correo electrónico:

G. Complete únicamente si efectuará la investigación en carácter particular o independiente.

Nombre del proyecto:
Nombre y apellido del aval:
Correo electrónico: Tel/fax del aval:

DECLARACIÓN JURADA


Declaro por la presente haber leído el “Reglamento para Investigadores” y acepto cumplir con todas las normas sobre el acceso de los investigadores a las salas y sobre el uso de las colecciones de la Biblioteca Nacional de Maestros.

Firma del interesado: Aclaración:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,...../...../.....

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sala Americana	Responsable de la Documentación / Equipo Calidad	Lic. Graciela Perrone

SI NO ES ORIGINAL FIRMADO ES UN DOCUMENTO NO CONTROLADO

	Registro 49: Formulario obtención credencial investigador	RG49 Versión: 3 Vigencia: 04/2015
---	---	--

Pedido de acreditación aceptado (tildar)

Cargo	Firma	Fecha
Coordinadora de Sala		
Directora BNM		

Pedido de acreditación denegado (tildar)

Motivo: Ejemplo: no cumple con los requisitos solicitados

Cargo	Firma	Fecha
Coordinadora de Sala		
Directora BNM		

APROBADA LA SOLICITUD, LAS CREDENCIALES SE ENTREGARÁN DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES, EN EL 1° PISO, EN EL HORARIO DE 9 A 16 HS., DE LUNES A VIERNES

Biblioteca Nacional de Maestros * Pizzurno 935 * C.P. 1020 * Ciudad de Buenos Aires * República Argentina. Tel.: (011) 4129-1284

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sala Americana	Responsable de la Documentación / Equipo Calidad	Lic. Graciela Perrone

SI NO ES ORIGINAL FIRMADO ES UN DOCUMENTO NO CONTROLADO