

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

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

C. Tilde el tipo de investigación que realiza

☐ Edición de texto, video	☐ Investigación literaria
☐ Escritura de libro	☐ Investigación periodística
☐ Investigación científico-técnica	☐ Tesis de maestría o doctorado
☐ Investigación histórica	☐ Otro tipo de investigación:

D. Datos del proyecto de investigación

Nombre del proyecto de investigación:
Institución del proyecto de investigación:
Director de la investigación:
Tel. /Fax del director: Correo electrónico:
Resumen del proyecto:

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Universidad Nacional | ☐ Universidad Privada |
| ☐ Universidad Extranjera | ☐ Medios de comunicación |
| ☐ Instituto Terciario | ☐ Independiente |
| ☐ Instituciones académicas y/o universitarias | ☐ Organizaciones religiosas |
| | ☐ 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,...../...../.....

Pedido de acreditación aceptado ☐ (tildar)

Cargo	Firma	Fecha
Coordinador de sala		
Directora BNM		

Elaboró:	Biblioteca Nacional de Maestros
----------	---------------------------------

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