

N°:

A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

A LLENAR POR EL  
ESTABLECIMIENTO

**CARRERA A LA QUE SE INSCRIBE**

Nombre de la Carrera \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

AÑO	MATERIA	PRESENCIAL	LIBRE

**DATOS DEL ALUMNO**

Tipo de Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Loc. de Nac. \_\_\_\_\_ País de Nac. \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**FORMACIÓN**

Título Secundario  SÍ  NO

En caso de contestar **NO** ¿Cuántas materias adeuda? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

En caso de contestar **SÍ**

Título \_\_\_\_\_

Orientación \_\_\_\_\_ Otorgado por \_\_\_\_\_

Año de Egreso \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_ Título en Trámite  SÍ  NO

**Mayor título obtenido** Terciario  Universitario  Postgrado

Título \_\_\_\_\_

Otorgado por \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_

**Documentación Presentada**

Fotocopia DNI  Fotocopia Título Secundario  3 Foto Carnet 4x4  Fotocopia Partida Nacimiento

3 Foto Folios Oficio

## TRAYECTORIA OCUPACIONAL

Trabaja  SÍ  NO

Educación  Gobierno Sector público  Servicio financiero  Turismo  Sector agropecuario  Comercio   
Empresa  Servicios  Transporte  Profesional Independiente  Industria Manufacturera  Energía   
Salud  Fuerzas armadas / Seguridad  Otro

Horas de trabajo diarias Entre 1 y 3  Entre 4 y 8  Más de 8

## SITUACIÓN FAMILIAR

¿Vive solo?  SÍ  NO

■ En caso de contestar NO Vive con sus padres  Con su cónyuge o conviviente  Con hijos  Otros

¿Tiene familiares a cargo?  SÍ  NO

■ En caso de contestar SÍ Padres  Hijos  Otros

## CONDICIÓN FRENTE A BECAS O PROGRAMAS

Posee Beca o plan o programa alguno

Ninguno  Estímulos económicos (INFD)  Becas Bicentenario  Pueblos originarios  Progresar  AUH   
Compromiso docente  Programa Envión  Argentina trabaja  Ellas hacen  Otro \_\_\_\_\_

## FICHA DE SALUD - EN CASO DE EMERGENCIA

CONFIDENCIALIDAD - NO PARA DATOS ESTADÍSTICOS

Posee Obra Social o prepaga  SÍ  NO

■ En caso de contestar SÍ. Indicar cuál \_\_\_\_\_

Realiza tratamiento médico  SÍ  NO  Es crónico  Es eventual

■ En caso de contestar SÍ. Indicar cuál/es \_\_\_\_\_

Toma alguna medicación  SÍ  NO

■ En caso de contestar SÍ. Indicar cuál/es \_\_\_\_\_

Posee algún tipo de Discapacidad  SÍ  NO

■ En caso de contestar SÍ. Indicar cuál/es \_\_\_\_\_

Es Alergico?  SÍ  NO

■ En caso de contestar SÍ. Indicar a que? \_\_\_\_\_

Permanente  Transitoria  Certificado  SÍ  NO

En caso de emergencia llamar a:

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

■ Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

\_\_\_\_\_

**LOS DATOS QUE ANTESEDEN REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**

\_\_\_\_\_  
Firma del aspirante