

EDUCACIÓN SUPERIOR

N°:

A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

FOTO CARNETA 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 Superior ☐ 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 Envió ☐ 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 ANTECEDEN REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Firma del aspirante