

Trabaja: Sí

No

**¿Dónde?**

..........................................**A**..**c**..**t**.**i**.**v**..**i**.**d**..**a**..**d**...............................................

Horario habitual: .................................................................. Obra social: ..............................................................

**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

A1

**INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE y/o TÉCNICA Nº** .2...1.…0

Foto

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ASPIRANTES PARA EL CURSO INICIAL - Año

2025

Fecha y lugar de nacimiento: ...........……….............…...........................................

CARRERA: ..................................................................………………..………………

…………………………………………………………………. TURNO: …………………..

**DATOS PERSONALES**

Apellido y nombres: ..........................................……………............................................. Sexo: ...........................

DNI: ..........……..……............ **Lugar y fecha de Nacimiento ..........................................................................................................**

Estado civil: .......................... Hijos (cantidad): ..................... Familiares a cargo: ................................................

Domicilio: ......................................................................................... Nº: ................ Piso: ........... Depto: ..............

Loc./barrio: ........................................................................... Partido: ....................................................................

Código postal: .................. Teléfono: ..............……….............. Teléfono alternativo: …………......….................. (pertenece a ...…………………............……......) Correo electrónico: ...….........……………………………………..

**ESTUDIOS CURSADOS**

Título nivel medio o polimodal: .................................................................................. Año de egreso: ................... Escuela: ............................................................................................... Distrito: .....................................................

Otros estudios: ........................................................................................................................................................

Institución: ................................................................................................................... Año de egreso: ..................

Institución: ................................................................................................................... Año de egreso: ..................

**DATOS LABORALES**

Actividad: ..

**Los datos que anteceden revisten carácter de declaración jurada**

Firma del interesado: ...............................................…....

Fecha de solicitud de inscripción: ......... / ......... / 20…... PRESENTÓ DOCUMENTACIÓN: ......................................... VISADA POR: .............................................…...

# MATRICULACIÓN

**PARA SER UTILIZADO POR LA INSTITUCIÓN EN EL MOMENTO DE LA MATRICULACIÓN**

DGCyE / Subsecretaría de Educación

El/la aspirante ha sido inscripto/a en la Carrera:

. luego de haber cumplimentado los requisitos de norma.

**DOCUMENTACIÓN PRESENTADA**

|  |  |
| --- | --- |
| Fotocopia DNI | ✔ |
| Fotocopia Tít. Sec/Polimodal |  |
| Nº de registro |  |
| Fotos |  |
| Certificado médico |  |

Notificación del interesado/a: ...............................................................

Menores de edad: firma del padre, tutor o encargado: ............................

……………………………………………………………………………………

Firma y aclaración

14

INFORMACION DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

* Asma / Broncoespasmos a repetición 
* Celiaquía 
* Problemas / Condiciones cardiacas 
* Diabetes 
* Presión arterial elevada 
* Convulsiones 
* Alteraciones sanguíneas 
* Quemaduras moderadas o severas 
* Psíquicos 
* Falta o no funcionamiento de algún órgano 
* Enfermedad oncohematológica 
* Inmunodeficiencias por enfermedad o medicamentos 
* Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas 
* Otro problema de huesos o articulaciones 
* Problemas de piel 

**HA PADECIDO FRECUENTEMENTE: (Marcar por SI o por NO)**

Desmayos:  

Dolor fuerte en el pecho:  

Mareos:  

Palpitaciones:  

Dificultad para respirar:  

¿Tuvo alguna internacion?   Sala comun / Sala de cuidados intermedios

¿Tuvo alguna operación?   ¿Por qué motivo? ……………………………………………………………….

## Los datos que anteceden revisten carácter de declaración jurada

**Firma del interesado:**

**Fecha de solicitud de inscripción: ……./…..../…….**

**PRESENTO DOCUMENTACIÓN:…………………………………………………. VISADA POR:……………………………………** 

**MATRICULACIÓN**

**El/la aspirante…………………………………………………………………………………………… ha sido inscripto en la carrera…………………………………………………………………………………… luego de haber cumplimentado los requisitos de norma.**

|  |  |
| --- | --- |
| Fotocopia DNI |  |
| Fotocopia Tit. Secundario |  |
| Fotos Carnet |  |
| Certificado medico |  |
| Acta de nacimiento |  |