



**FICHA INDIVIDUAL DE MATRÍCULA
INGRESO 2010**

Nº de orden: _____

Llenar la Solicitud con letra clara, en **IMPRESA MAYÚSCULA**.

CARRERA/S EN QUE SE MATRICULA: _____

APELLIDO: _____
NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____
LUGAR NACIMIENTO: _____

PAÍS: _____ **PROVINCIA:** _____ **NACIONALIDAD:** _____

DNI: _____
SEXO: MASCULINO FEMENINO

DOMICILIO ACTUAL: CALLE: _____
NRO: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____
CODIGO POSTAL: _____ TELÉFONO/S: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

PRESENTA:
TÍTULO LEGALIZADO
CERTIFICADO ESTUDIOS EN TRÁMITE
CONSTANCIA ÚLTIMO AÑO SECUNDARIO

TÍTULO QUE PRESENTA: (nivel, especialidad, establecimiento, jurisdicción, fecha de emisión) _____

TURNO ALTERNATIVO (condicional)
MAÑANA
TARDE

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA EXISTENCIA Y DE LA PROPUESTA DEL INSTITUTO?

TRABAJA: NO SI (Marcar lo que corresponda)

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

(SELECCIONAR entre: Empleado ú obrero aclarando empresa y función; Trabajador por cuenta propia; Patrón ó Socio; Desocupado; Ama de Casa; Jubilado /Pensionado)

Si es desocupado ¿desde cuándo no trabaja? _____

TRABAJOS ANTERIORES: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: _____
NACIONALIDAD: _____ ¿VIVE AÚN? _____

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____
NACIONALIDAD: _____ ¿VIVE AÚN? _____



ESTUDIOS DE LOS PADRES

PADRE

- PRIMARIO INCOMPLETO
- PRIMARIO COMPLETO
- SECUNDARIO INCOMPLETO
- SECUNDARIO COMPLETO
- TERCIARIO INCOMPLETO
- TERCIARIO COMPLETO
- UNIVERSITARIO INCOMPLETO
- UNIVERSITARIO COMPLETO

MADRE

- PRIMARIO INCOMPLETO
- PRIMARIO COMPLETO
- SECUNDARIO INCOMPLETO
- SECUNDARIO COMPLETO
- TERCIARIO INCOMPLETO
- TERCIARIO COMPLETO
- UNIVERSITARIO INCOMPLETO
- UNIVERSITARIO COMPLETO

OCUPACIÓN: (SELECCIONAR entre: Empleado ú obrero; Trabajador por cuenta propia; Patrón ó Socio; Desocupado; Ama de Casa; Jubilado/Pensionado)

DEL PADRE: _____

DE LA MADRE: _____

INFORMACION DE SALUD (del titular de la ficha de inscripción)

OBRA SOCIAL _____ TEL _____
 N° AFILIADO/A _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD.

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado/a alguna vez?

SI NO ¿Por qué? _____

¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique _____

¿Presenta alguna limitación física?: SI NO Especifique _____

Otros problemas de salud: _____

Ante una emergencia, nombre de la/s persona/s y teléfono/s a quién/es avisar _____

Fecha de inscripción: ___ / ___ / ___

 Firma

 Aclaración

INFORMACIÓN PARA LA INSTITUCIÓN

CARRERA	
N° Legajo	
N° Matrícula	
N° Libro Matriz	
N° Folio	