

ESTABLECIMIENTO

NOMBRE (*) INST. SUP DE PROFESORADO N° 9 "JOSÉ M. SCALENGHE" CICLO LECTIVO 2025

DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

AÑO DE ESTUDIO (*) FECHA DE INSCRIPCIÓN CARRERA
TÉCNICO SUPERIOR, EN ENFERMERÍA

DATOS DEL/DE LA ALUMNO/ALUMNA

DATOS PERSONALES

APELLIDO, NOMBRE(*) FECHA DE NACIMIENTO (*) SEXO (*) M F X
 TIPO Y N° DE DOC(*) NACIONALIDAD (*)
 LOCALIDAD DE NACIMIENTO (*) PAÍS DE NACIMIENTO (*)
 ESTADO CIVIL (*) PUEBLO ORIGINARIO (*) SI NO ETNIA (A)
 COMUNIDAD / REFERENTE(B)

DOMICILIO

CALLE (*) N° (*) PISO DEPTO
 MANZANA MONOBLOCK BARRIO LOCALIDAD (*)
 TELÉFONO (*) E-MAIL

DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD (*) SI NO CUD SI NO FECHA DE VENCIMIENTO/...../.....
 TIPO DE DISCAPACIDAD (2)

INTEGRACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL FECHA DE INICIO

OCUPACIONES

OCUPACIÓN (*) (4)
 EN ACTIVIDAD JUBILADO PENSIONADO CONTRIBUTIVO PENSIONADO NO CONTRIBUTIVO

LOS DATOS DEL CONTACTO REVISTEN CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SERÁN UTILIZADOS PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y LOS ESTUDIANTES

OTROS DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

RESIDENCIA / PASANTÍA / PRÁCTICA SI NO MENOR JUDICIALIZADO SI NO
 PROVIENE DE ÁMBITO RURAL SI NO
 ALUMNO EN CONTEXTO DE ENCIERRO SI NO CENTRO DE DETENCIÓN DEL QUE PROVIENE:



FIRMAS

.....
FIRMA DEL ALUMNO)

RESERVADO PARA SECRETARÍA

PARTIDA DE NACIMIENTO (sólo si no se encuentra digitalizada)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FOTOCOPIA DNI (FRENTE Y DORSO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FOTOGRAFÍA (ACTUAL)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ESTUDIOS SECUNDARIOS COMPLETOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



SE HACE CONSTAR QUE HA SOLICITADO INSCRIPCIÓN
A
A PEDIDO DEL INTERESADO SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA A LOS DÍAS DEL MES DE
..... DE

SELLO

.....
FIRMA AUTORIZADO