

ESTABLECIMIENTO

NOMBRE (*) INST. SUP DE PROFESORADO N° 9 "JOSÉ M. SCALENGHE" CICLO LECTIVO 2 0 2 6

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)

☐ SI ☐ NO

FOTOCOPIA DNI (FRENTE Y DORSO)

☐ SI ☐ NO

FOTOGRAFÍA (ACTUAL)

☐ SI ☐ NO

ESTUDIOS SECUNDARIOS COMPLETOS

☐ SI ☐ 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