

**ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE (\*) INST. SUP DE PROFESORADO N° 9 "JOSÉ M. SCALENGHE" CICLO LECTIVO 2027

**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