

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

ASPIRANTES - Año 2025

CARRERA: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres: _____	Sexo: _____
DNI: _____	Fecha y Lugar de Nacimiento: _____
Estado Civil: _____	Nacionalidad: _____
Hijos (cantidad): _____	Familiares a cargo: _____
Domicilio: _____	Nº: _____
Piso: _____	Dpto: _____
Loc. / Barrio: _____	Partido: _____
Cód. Post.: _____	Núm. De Teléfono: _____
Correo electrónico: _____	Núm. De Teléf. alternativo: _____
(pertenece a _____)	

## ESTUDIOS CURSADOS

Título Nivel Medio o Polimodal: _____	Año de egreso: _____
Escuela: _____	Distrito: _____
Estudios: _____	Institución: _____
Año de egreso: _____	Otros: _____

## DATOS LABORALES

Trabaja: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Actividad: _____
Horario Habitual: _____	Obra Social: _____	

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

Firma y Aclaración del interesado: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación de solicitud de inscripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	(SI/NO)
Fotocopia DNI	
Fotocopia Tít. Sec / Polimodal registrado	
Constancia de título en trámite	
Constancia con materias adeudadas	
Certificado de Apto Físico	

	(SI/NO)
2 Fotos	
Certif. de apto Psicológico	
Cert. de apto odontológico	
Bono Contribución Cooperadora:	\$

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	(SI/NO)
Fotocopia DNI	
Fotocopia Tít. Sec / Polimodal registrado	
Constancia de título en trámite	
Constancia con materias adeudadas	
Certificado de Apto Físico	

	(SI/NO)
2 Fotos	
Certif. de Apto Psicol.	
Cert. de Apto odontológico	
Bono Contribución Cooperadora:	\$

PRESENTÓ DOCUMENTACIÓN VISADA POR: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación de solicitud de inscripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025