

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN. AÑO 2019**

Código de Alumno: .....



**ARTÍCULO 7 (Ley 24521)**

\* Estos campos se deben completar obligatoriamente.

**\* CARRERA**

MAÑANA  TARDE  VESPERTINO

**DATOS PERSONALES:**

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

\*Apellido/s Completo: .....

\*Nombre/s Completo: .....

\*Domicilio: .....

\*Documento de Identidad: Tipo: ..... N° ..... \*T.E.: .....

\*Fecha Nacimiento: ..... \* Localid.de Nac. ....

Prov.de Nac.: ..... \*País: .....

\*E-mail: .....

**DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

FR ALUM;rev: 007; Fecha:

- Fotocopia Legalizada del Documento de Identidad
- Foto carnet 4 x 4 color - 02 (dos)
- Folio tamaño oficio

*En el presente acto me notifico que la inscripción quedará en firme una vez que haya cumplimentado la acreditación de los exámenes que exigen el Art. 7° ( Según Ley 24.521).*

Río Grande:

\_\_\_\_\_  
*Firma del Interesado*

*Ha sido Inscripto por:* .....

**LEER** Sr./Sra.:  
*Por la presente se le notifica que la inscripción quedará en firme una vez que haya cumplimentado la acreditación de los exámenes exigidos por el Art. 7° (según Ley 24.521)*

**EL RECTORADO**

**CURSO IESTec**

**TODAS LAS CARRERAS** >.....> **25/02 AL 15/03**

**Se requiere el 80% asistencia.**

**Solicitud Equivalencias: del 18/03 al 30/04/19**

**INFORMACIÓN**

[www.facebook.com/centtreintaycinco](http://www.facebook.com/centtreintaycinco)

[www.cent35.edu.ar](http://www.cent35.edu.ar)

# FICHA DE SALUD

## APELLIDO Y NOMBRES

## DNI

Grupo Sanguíneo ..... Factor .....

Posee Cobertura Social? SI  NO

En caso afirmativo, indique de que tipo:

*Obra Social* ..... *Prepaga*.....

*Servicio de Emergencia* ..... *Otra, indique cual* .....

Nº de Afiliado o Inscripción .....

## ANTECEDENTES DE SALUD

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

*Enfermedades cardíacas*  *Asma*  *Diabetes*

*Alergias*  *Hipertensión*  *Convulsiones*  *Otro*

## MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA

*Auditivo. Cuál?* .....

*Visual. Cuál?* .....

*Desviación de la columna. Especifique de que tipo...* .....

*Desmayos. Especifique causas.*.....

## ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO

Especifique.....

## OTRA INDICACIÓN QUE LE PAREZCA IMPORTANTE SEÑALAR

## NOMBRE Y APELLIDO, RELACIÓN Y TELÉFONO DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIAS

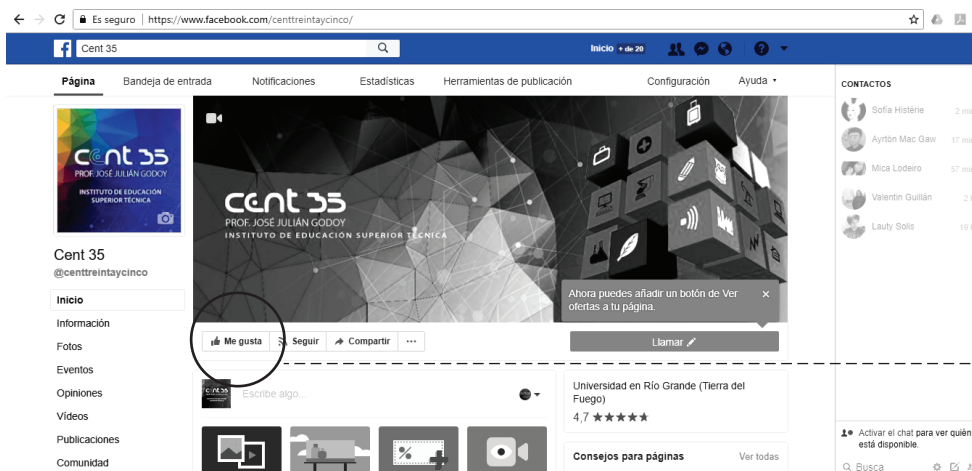
.....

.....

FIRMA .....

ACLARACIÓN.....

FECHA .....



PARA MANTENERSE INFORMADO  
DE LAS ÚLTIMAS NOVEDADES  
DE LA INSTITUCIÓN

