

TÍTULO EXTRANJERO**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN AÑO 2025**Código de Alumno: _____
(No completar)**cent 35**
PROF. JULIÁN JOSÉ GODOYFoto carnet
4x4
color*** CARRERA**

* Estos campos se deben completar obligatoriamente.

DATOS PERSONALES:**TURNO**

MAÑANA

TARDE

VESPERTINO

*Apellido/s Completo: _____

*Nombre/s Completo: _____

*Domicilio: _____

*Documento de Identidad: Tipo: _____ N° _____ Celular/T.E. N° (.....) _____

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

Prov.de Nac.: _____ *País: _____

*E-mail: _____

ESTUDIOS SECUNDARIOS REALIZADOS:

*Título Obtenido: _____

*Establecimiento: _____

Fecha de Egreso: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ País: _____

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

Copia legalizada del Certificado Analítico de Estudios o Título Secundario CONVALIDADO (*)

Copia legalizada del Documento de Identidad (*) En su defecto original y copia para autenticar

Foto carnet 4 x 4 color—01 (una)

Carpeta colgante plástica y folio, ambos oficio—01 (una)

Quiénes hayan culminado sus estudios de educación secundaria en el extranjero, y deseen acceder a estudios superiores, deberán realizar el trámite de CONVALIDACIÓN y/o RECONOCIMIENTO de estudios, según corresponda (R.M. N° 2388/15) antes del 31 de octubre de 2025.

Realizar el trámite en <https://www.argentina.gob.ar/validez-nacional-de-titulos/tramites-y-turnos>

En el presente acto me notifico que la inscripción quedará en firme una vez que haya cumplimentado la entrega del Certificado Análítico de Estudios o el Título CONVALIDADO.

En caso que no sea entregada antes del 31 de octubre de 2025 perderé la condición de alumno.

Río Grande: [][] [][] [][][][]

Ha sido Inscripto por: _____ (Firma y Aclaración)

Firma del Interesado**Sr./Sra.:**

Por la presente se le notifica que la inscripción quedará en firme una vez que haya cumplimentado la entrega del Certificado Análítico de Estudios o el Título CONVALIDADO.

En caso que no sea entregada antes del 31 de octubre de 2025 perderá la condición de alumno.

SOLICITUD DE EQUIVALENCIAS**EL RECTORADO**

La solicitud de equivalencias se extiende desde el inicio del Ciclo Lectivo hasta el 30/04/2025, inclusive.

INFORMACIÓNwww.facebook.com/centreintaycincowww.cent35.edu.ar

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

FR. ALUM, rev: 007; Fecha:

LEER

FICHA DE SALUD

La presente tiene carácter de Declaración Jurada. Mantener la actualización de la información es responsabilidad del firmante.

APELLIDO Y NOMBRES

DNI

Posee Cobertura Social?

SI

NO

En caso afirmativo, indique de que tipo:

Obra Social (denominación)

Servicio de Emergencia (en caso de no poseer dejar en blanco).....

En caso de poseer expedido el C.U.D. indicar N°

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? (presentar al inicio de Ciclo Lectivo Certificado Médico actualizado)

Enfermedades cardiacas Asma Diabetes

Alergias Hipertensión Convulsiones (*) Otro

MANIFIESTA LO SIGUIENTE:

Patología auditiva o visual (especifique).....

Requiere Intérprete de Lengua de Señas Argentina: SI NO

Persona con Movilidad Reducida (especifique tipo y carácter, temporario o permanente).....

Requiere accesibilidad por uso de silla de ruedas u otro medio mecánico de asistencia: SI NO

ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO

(*) En caso de convulsiones especificar medicamento en uso.

Especifique

OTRA INDICACIÓN QUE LE PAREZCA IMPORTANTE SEÑALAR

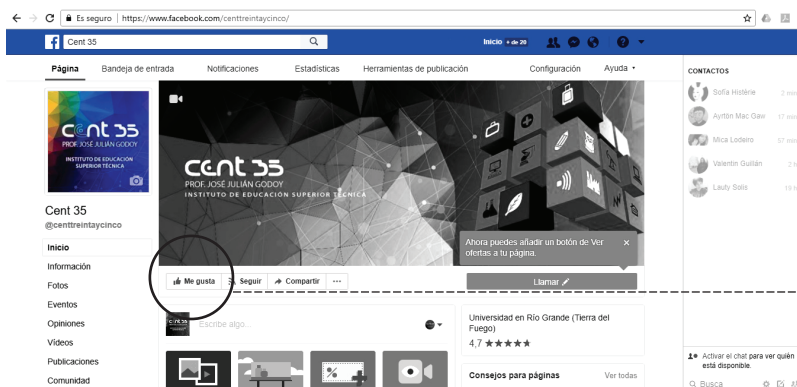
Ej. desmayos, tratamientos médicos prolongados, embarazo, etc.

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

FIRMA

ACLARACIÓN

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA



INFORMACIÓN

www.facebook.com/centtreintaycinco

www.cent35.edu.ar