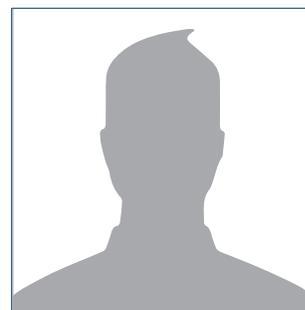


PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN. AÑO 2020

Código de Alumno:



ARTÍCULO 7 (Ley 24521)

* Estos campos se deben completar obligatoriamente.

*** CARRERA**

MAÑANA TARDE VESPERTINO

DATOS PERSONALES:

*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:

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

FR ALUM;rev: 007; Fecha:

- Fotocopia Legalizada del Documento de Identidad
- Foto carnet 4 x 4 color - 02 (dos)
- Carpeta colgante 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:

Ha sido Inscripto por:

Firma del Interesado

La presente inscripción será válida sólo para la carrera y turno elegido.



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 >>.....-> A CONFIRMAR

Se requiere el 80% asistencia.

Solicitud Equivalencias: del 18/03 al 30/04/20

* Los estudiantes que soliciten Equivalencias Internas (estudiantes o egresados de carreras del CENT 35 que deseen iniciar una nueva carrera en nuestra Institución), podrán completar en el Departamento de Alumnos de la Institución el Formulario destinado a tal fin una vez formalizada la Inscripción al Ciclo Lectivo 2020.-

La presente inscripción será válida sólo para la carrera y turno elegido.

INFORMACIÓN

www.facebook.com/centtreintaycinco

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.....

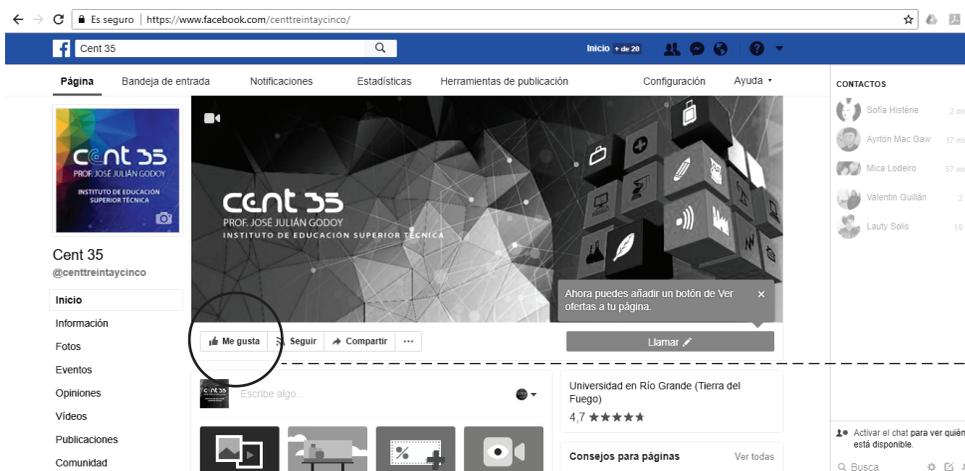
OTRA INDICACIÓN QUE LE PAREZCA IMPORTANTE SEÑALAR

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

