



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

OBSERVACIÓN: Los datos de la presente solicitud son personales y tienen carácter de **DECLARACIÓN JURADA**. Se encuentran protegidos por la Ley de protección de Datos Personales (Ley N° 25326/00). Asimismo, quien suscribe manifiesta haber sido informado/a sobre la Resolución N° 2425/16, el plan de estudios correspondiente a la/s carrera/s a cursar y el Régimen Académico Marco - Resolución N° 4077/14; cuyos textos están a su disposición.

AÑO DE INGRESO AL I.F.D.C - S.A.O: 20__

CARRERA EN LA QUE TE INSCRIBÍS (Marcar con una X)

FORMACIÓN DOCENTE

PROFESORADO DE EDUCACIÓN INICIAL (P.E.I) RESOLUCIÓN N° 4242/15	PROFESORADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA (P.E.P) RESOLUCIÓN N° 4249/15	PROFESORADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN BIOLOGÍA (P.E.S.B) RESOLUCIÓN N° 3489/15
--	---	---

APELLIDO/S:
 *(Como figura en el Documento Nacional de identidad)

NOMBRE/S COMPLETOS:
 *(Como figura en el Documento Nacional de identidad)

D.N.I. N°: _____ **C.U.I.L N°:** _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____ **EDAD AL 30 DE JUNIO DEL AÑO DEL INGRESO AL I.F.D.C:** ____ Años

NACIONALIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ **HIJOS (Marcar con una X):**

SI		NO
----	--	----

DOMICILIO REAL: _____ **LOCALIDAD:** _____

TELÉFONO CELULAR: _____ **CORREO ELECTRÓNICO (Mail) *** (Con letra clara): _____

CONDICIÓN DE ESTUDIANTE: (Marcar con una X)

- **REGULAR (NO ADEUDÁS materias del secundario)** _____
- **CONDICIONAL (ADEUDÁS materias del secundario)** _____
- **VOCACIONAL (Si querés cursar algunas unidades curriculares)** _____
- **MAYOR DE 25 AÑOS - (SIN SECUNDARIO)** _____

TÍTULO DE ED. SECUNDARIA: _____

AÑO DE EGRESO DEL SECUNDARIO: _____

IMPORTANTE: Si debés materias del secundario, serás **ESTUDIANTE CONDICIONAL** y tenés tiempo hasta el **31 de OCTUBRE** del ciclo lectivo de ingreso para presentar la constancia de título en trámite o la fotocopia autenticada del analítico. De lo contrario, cesarás inmediatamente en toda actividad académica.

¿POSEE ALGÚN DICTAMEN DE DISCAPACIDAD? (Marcar con una X)

	NO
--	----

EN CASO AFIRMATIVO - DETALLAR: _____

PUEBLOS ORIGINARIOS: _____ **¿SOS NTEGRANTE DE PUEBLOS ORIGINARIOS? Marcar con una X)**

	NO
--	----

EN CASO AFIRMATIVO - ¿Cuál?: _____

SALUD ESTUDIANTIL:

- Entrega ficha médica: __/__/____ Firma del estudiante: _____
- Examen Fonoaudiológico: __/__/____ (sólo para Carreras de Formación Docente) Firma del estudiante: _____

Lugar y fecha: _____, __/__/____

Firma y Aclaración del/la solicitante