



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino?

☐ SI, y tiene el DNI físico

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite

☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:CUIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?

☐ SI

☐ NO

¿Posee documento extranjero?

☐ SI, tipo de doc.: N°:

☐ NO

Identidad de género:

☐ Mujer

☐ Mujer trans / travesti

☐ Varón

☐ Varón trans / masculinidad trans

☐ No binario

☐ Otra

☐ No desea responder

Lugar de nacimiento:

☐ En Argentina

☐ En el extranjero

Nacionalidad:

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia:

☐ Buenos Aires

☐ Otra (especificar):

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito:Localidad:

DOMICILIO

Calle:N°:Piso:Torre:Depto:

Entre calle:y calle:Otro dato:

Provincia:Distrito:Localidad:

Teléfono: (cód. área:)Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

OTROS DATOS

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:

☐ SI

☐ NO

Otra/s lengua/s:

☐ SI

☐ NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?

☐ SI

☐ NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta

☐ Colectivo

☐ Tren

☐ Vehículo particular

☐ Taxi/Remis

☐ Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:

☐ Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico☐ Auditiva: Sorda / Sordo☐ Intelectual☐ Motora

☐ Múltiple☐ Neuromotora☐ Sordoceguera☐ Trastornos Emocionales Severos

☐ Trastornos Específicos del Lenguaje☐ Visual: Ciega / Ciego☐ Visual: Disminuida / Disminuido visual

¿Posee Certificado Único de Discapacidad?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente?

☐ SI

☐ NO

¿Requiere adecuaciones para acceder al curso?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles?

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: Obra social:Nº Afiliado:

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: CORONEL ROSALES	Sector de gestión: ☒ Estatal ☐ Privado
Nombre Instituto: INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN TÉCNICA	Nº: 190
A completar por el establecimiento: Clave provincial: 0112 IS 0190	CUE: 060547700

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en carrera/s:

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☒ Vespertino

ESTUDIOS CURSADOS

¿Tiene secundario completo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, indicar tipo de institución que emite el título:

☐ Bachiller en Educación Común ☐ Bachiller en Educación Artística

☐ Educación Técnica/ Educación Agraria ☐ CENS / FinEs / CEBAS

Si no posee secundario completo, indicar número de acta o acto administrativo por el que ingresa (según art 7º de la Ley de Educación Secundaria): constancia de finalización de estudios para aquellos estudiantes que estén cursando su último año del nivel secundario (2023)

Otros estudios superiores realizados:

Carrera: Completa: ☐ SI ☐ NO

Carrera: Completa: ☐ SI ☐ NO

Carrera: Completa: ☐ SI ☐ NO

DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE

Apellido/s: Nombre/s:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Vínculo con estudiante:

ASOCIACIÓN COOPERADORA I.S.F.T. N° 190

- MONTO: \$ 20.000 pesos, solo se abona en forma virtual y POR ÚNICA VEZ.
- Deberá traer impresa la constancia de pago.
- Número de cuenta: 6201-6585/8
- CUIL/CUIT: 30-68810779-9
- CBU:0140414601620100658580
- ALIAS: BANANA.SALTA.URNA

Detalle de la documentación presentada

(Uso exclusivo I.S.F.T N° 190)

Fotocopia de D.N.I: presentado / pendiente
Fotocopia de Analítico (secundario): presentado / pendiente
Foto carnet: presentado / pendiente
Certificado de Salud: presentado / pendiente
COOPERADORA: abonado / pendiente de pago

corte por esta línea

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PROVISORIA I.S.F.T N° 190

Por tanto.....D.N.I:.....

ha presentado en este Instituto la documentación para iniciar en el presente ciclo lectivo el cursado de
la carrera.....

Fotocopia del D.N.I: presentado / pendiente
Fotocopia de Analítico (secundario): presentado / pendiente
Foto carnet: presentado / pendiente
Certificado de Salud: presentado / pendiente
COOPERADORA: abonado / pendiente de pago