



Buenos Aires  
Provincia

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE Y TECNICA  
N°15 -CAMPANA-REGION 11

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE Y TECNICA N°15

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ASPIRANTES PARA EL CURSO INICIAL a 1º año .....

CARRERA:.....

TURNO: .....

**DATOS PERSONALES:**

APELLIDO Y NOMBRES: ..... SEXO: .....

DNI/LC/LE N°: ..... FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: .....

ESTADO CIVIL: ..... HIJOS (CANTIDAD): ..... FAMILIARES A CARGO:.....

DOMICILIO (BARRIO): ..... N° ..... PISO: ..... DEPTO: .....

LOCALIDAD: ..... PARTIDO:..... CÓDIGO POSTAL: .....

TELÉFONO FIJO: ..... CELULAR: .....

TELÉFONO ALTERNATIVO: ..... (pertenece a .....) E-MAIL: .....

OBRA SOCIAL: ..... TIPO DE PLAN: .....

COBERTURA ANTE UNA EMERGENCIA MÉDICA: .....

**ESTUDIOS CURSADOS:**

TÍTULO NIVEL MEDIO O POLIMODAL: ..... AÑO DE EGRESO: .....

ESCUELA: ..... DISTRITO: .....

OTROS ESTUDIOS: .....

INSTITUCIÓN: ..... AÑO DE EGRESO: .....

INSTITUCIÓN: ..... AÑO DE EGRESO: .....

**DATOS LABORALES:**

TRABAJA: SI  NO  ACTIVIDAD: .....

HORARIO HABITUAL: .....

**Los datos que anteceden revisten carácter de declaración Jurada**

Firma del interesado: .....

Fecha de solicitud de inscripción: ..... / ..... / 20.....

PRESENTÓ DOCUMENTACIÓN: ..... VISADA POR:.....

**PARA SER UTILIZADO POR LA INSTITUCIÓN EN EL MOMENTO DE LA MATRICULACIÓN**

El/la aspirante ..... ha sido inscripto/a en la  
Carrera: ..... luego de haber  
cumplimentado los requisitos de norma.

**DOCUMENTACIÓN PRESENTADA**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| FOTOC. D.N.I.             |  |
| FOTOC. TÍT. SEC/POLIMODAL |  |
| N° DE REGISTRO            |  |
| FOTOS                     |  |

Notificación del/la Interesado/a: .....

Menores de Edad: Firma del padre, tutor o encargado: .....

|              |  |
|--------------|--|
| CERT. MÉDICO |  |
|--------------|--|

---

FIRMA ACLARACIÓN