



Nº DNI:

SOLICITUD DE RETIRO DE MATERIAL A DOMICILIO

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE									
APELLIDOS:				NOMBRES:					
FECHA DE NACIMIENTO:				NACIONALIDAD:					
AÑO DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN:				PRESENTA LIBRETA DEL ESTUDIANTE			SI	NO	
TELÉFONO MÓVIL:				OTRO TELÉFONO DE CONTACTO:					
CORREO ELECTRÓNICO:				SEDE EN LA QUE CURSA			Caballito Lugano		
TURNO	tm	tt	tv	AÑO Y CUATRIMESTRE ACTUAL			PLAN DE ESTUDIOS	Res. 1435/14	Res. 1436/16
DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES									
DOMICILIO				Nº:		PISO:		OTROS DATOS:	
C.P.:		BARRIO/LOCALIDAD:				DEPARTAMENTO:			
						PROVINCIA:			

TIPO DE USUARIO (tildar la opción que corresponda)							
Docente				Investigador			Estudiante

DECLARACIONES Y SOLICITUD
El solicitante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud y su conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Biblioteca de la Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson. Asimismo, declara que conoce y respeta las normas de funcionamiento del préstamo a domicilio, haciéndose responsable de la pérdida o deterioro del libro o libros que le sean prestados y se compromete a informar de cualquier cambio en los datos brindados.. En _____, a _____ de _____ de _____ 1)Firma y Aclaración del socio: _____ 2) Firma de bedelía que certifica que el interesado es ALUMNO REGULAR o que pertenece a la planta docente o no docente de la ESECG, según corresponda: