| Nro: |
|---|

INSTITUTO DIOCESANO “PABLO VI”
MARACAY – ARAGUA
CÓDIGO DEA M.P.P.E: S1695D-05-03
CÓDIGO A.V.E.C.: 190016

| ASPIRANTE |
|---|

**PLANILLA DE SOLICITUD DE CUPO AÑO ESCOLAR 2025-2026**

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE.

| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE(S):** | | |
|---|---|---|
| (1) Nombres y Apellidos | Nº Cédula Identidad | (3) Nivel, grado o año que aspira. |
| (4) Lugar y Fecha de Nacimiento. | (5) Edad Cronológica y Sexo | (6) Dirección de Habitación del Aspirante: |
| **(7) COLEGIO O MATERNAL DE PROCEDENCIA:** | | |

| (8) SACRAMENTOS (Marque con una equis (x)) | (9) Parroquia |
|---|---|
| ( ) Bautismo | |
| ( ) Primera Comunión | |
| ( ) Confirmación | |

| **(10)DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE DEL ASPIRANTE** | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | Nº Cédula de Identidad | | Estado Civil |
| Lugar y Fecha de Nacimiento | Edad | Dirección de Habitación | |
| Profesión y/o Ocupación | Lugar de Trabajo | | Cargo que desempeña |
| Religión que profesa (Indique a que parroquia asiste) | Teléfono | Correo Electrónico | |

| **(11)DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PADRE DEL ASPIRANTE** | | |
|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | Nº Cédula de Identidad | Estado Civil |

***ESTA SOLICITUD NO IMPLICA LA INSCRIPCIÓN EN LA INSTITUCIÓN.***

INSTITUTO DIOCESANO “PABLO VI”
MARACAY – ARAGUA
CÓDIGO DEA M.P.P.E: S1695D-05-03
CÓDIGO A.V.E.C.: 190016

| PADRE | MADRE |
|---|---|
| | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lugar y Fecha de Nacimiento | Edad | Dirección de habitación | |
| Profesión y/o ocupación | Lugar de Trabajo | | Cargo que desempeña |
| Religión que profesa (Indique a que parroquia asiste) | Teléfono | Correo Electrónico | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **(12)DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE ESCOLAR (CUANDO NO ES NI MADRE NI PADRE)** | | | |
| Nombres y Apellidos | Nº Cédula de Identidad | | Estado Civil |
| Lugar y Fecha de Nacimiento | Edad | Dirección de Habitación | |
| Profesión y/o Ocupación | Lugar de Trabajo | | Cargo que desempeña |
| Religión que profesa (Indique a que parroquia asiste) | Teléfono | Correo Electrónico | |

| | |
|---|---|
| **(13)INFORMACION IMPORTANTE (SOLO PARA SER LLENADO POR EL ENTREVISTADOR)** | |
| Estado de salud Actual | |
| Enfermedades que ha padecido | |
| Vacunas aplicadas: | |
| ¿Es representante de la institución? (Indique nombre, apellido y grado de estudio del estudiante) | |

| | |
|---|---|
| **Firma de Solicitante:** | **Fecha:** |

***ESTA SOLICITUD NO IMPLICA LA INSCRIPCIÓN EN LA INSTITUCIÓN.***

| **Firma del Entrevistador:** | **Nombre y Apellido del entrevistador:** |
|---|---|
| | |

***ESTA SOLICITUD NO IMPLICA LA INSCRIPCIÓN EN LA INSTITUCIÓN.***