



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – INGRESO 2026
(Los datos consignados revisten carácter de declaración jurada)

Foto

CARRERA EN LA QUE SE INSCRIBE:.....

Aporte Voluntario SI-NO

DATOS PERSONALES COMPLETOS

Apellido/s.....

Nombre/s.....

DNI.....CUIL.....

Fecha de nacimiento...../...../.....Lugar de nacimiento.....

Estado Civil:Hijos (cantidad):Familiares a cargo:.....

Domicilio permanente: Calle.....Nº.....

Localidad:Código Postal:

Domicilio provisorio por estudios: Calle.....Nº.....Dto:.....

Localidad:Código Postal:

Teléfono:

Correo electrónico:.....

Teléfono de emergencia:(Aclarar relación: familiar-referente-.....)

Género: Femenino ☐ Masculino ☐

¿Se reconoce descendiente de pueblos originarios? SI ☐ NO ☐

DATOS ACADÉMICOS

Título Secundario:

Año de egreso:Institución:Localidad:

¿Adeuda materias? NO ☐ SI ☐ Mencionar materia/s y año

Trayectoria escolar: Con Acompañamiento ☐ Especificar.....

Sin Acompañamiento ☐

Otros estudios completos:

Año de egreso:Institución:Localidad:

DATOS LABORALES

¿Trabaja? SI ☐ NO ☐ Lugar de trabajo:.....

Horario laboral:Obra Social: SI ☐ ¿Cuál?.....NO ☐

DISCAPACIDAD

¿Presenta alguna condición de discapacidad? NO ☐ SI ☐

Intelectual ☐ Motora ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Sensorial ☐ Otra

(especificar).....

ACCESIBILIDAD

Necesidad de accesibilidad para el cursado: SÍ ☐ NO ☐

Especificar tipo de accesibilidad:.....(Física, comunicacional,...)

OTROS: Utiliza transporte urbano:



ación ingresante:

Fecha de inscripción:/...../2026

ANEXO I

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA EL INGRESO

Presentar en Carpeta colgante OFICIO, con 2 folios tamaño oficio.

DOCUMENTACIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Formulario de inscripción			
Fotocopia de DNI (Frente y Dorso)			
Constancia de CUIL			
Fotocopia autenticada Partida de Nacimiento			
Fotocopia de título secundario / Constancia original de título en trámite.			
4 Fotos 4×4			
Certificado apto psicofísico: Certificado médico clínico (original) que indique aptitud para el cursado, informe fonoaudiológico e informe psicológico.			
Certificado de Discapacidad (en caso de poseer)			

RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN (Responsable institucional):

Firma y aclaración: