



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Instituto de Nivel Terciario N° PT172
Incorporado a la Enseñanza Oficial Res. N° 65 - D.E.P. 2001.
PERSONERÍA JURÍDICA N° 152/96
Morón 256, (5500) Mendoza, Tel. 0261 4248520
instisanidadmza@gmail.com

SEDE -----

ENFERMERÍA PROFESIONAL (res. 1555 / 98 Y 1566 / 01)	
PROFESIONALIZACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA (RES. 1920 / 99)	
TECNICATURA SUPERIOR EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD (RES. 107 / 100)	
TECNICATURA SUPERIOR DE GESTIÓN EN COOPERATIVAS Y MUTUALES (RES. 057 / 02)	

COHORTE -----

LAS FOTOS SE SOLICITAN
PARA RECONOCER AL
ALUMNO, POR LO TANTO
DEBEN SER ACTUALES.

DATOS PERSONALES

APELLIDOS		
NOMBRES		
D.N.I.:	Nacionalidad:	Fecha de Nac: / /
Localidad / Departamento:	Provincia:	País:
Domicilio completo:		
Teléfono:	Otro:	Correo:

ESTUDIOS PREVIOS

NIVEL MEDIO		Art. 7º Ley 24.521	Auxiliar de Enfermería
COMPLETO	INCOMPLETO		Cert. Año: -----
EGRESÓ Fecha -----	Adeuda Materias ----- -----	Abandonó Cursó _____ Fecha -----	Matr. N°: -----
		Aprobó Fecha -----	

DATOS LABORALES

Lugar de Trabajo:	Dependencia:	
Función:	Domicilio:	Teléfonos:

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN: Recibo de pago nº:	Fecha
Convenio con:	Beca:

LOS DATOS SUMINISTRADOS REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

Fecha

MATRÍCULA

Firma del aspirante

RECEPTOR	FIRMA	ACLARACIÓN Y FUNCIÓN
----------	-------	----------------------