



# 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](mailto: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: -----
<b>EGRESÓ</b> Fecha -----	<b>Adeuda Materias</b> ----- -----	<b>Abandonó</b> Cursó _____ Fecha -----	Matr. N°: -----
		<b>Aprobó</b> 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
----------	-------	----------------------