

Datos personales

Apellidos: _____

Nombres: _____

Tipo de documento:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cedula Mercosur | <input type="checkbox"/> D.N.I. |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero | <input type="checkbox"/> C.I. |
| <input type="checkbox"/> Cedula de Identidad Extranjera | <input type="checkbox"/> L.C |
| <input type="checkbox"/> Otro Documento extranjero | <input type="checkbox"/> L.E |
| <input type="checkbox"/> No posee | <input type="checkbox"/> En tramite |

Número de documento: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nacionalidad: _____

País de nacimiento: _____

Provincia de nacimiento: _____

Localidad de nacimiento: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Número de teléfono: _____

E-mail: _____@_____

Planes y servicios

Tipo de Beneficio:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alimentario | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Asignacion Social | <input type="checkbox"/> Becas |

Seleccione Servicios Alimentarios

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desayuno | <input type="checkbox"/> Almuerzo | <input type="checkbox"/> Refrigerio |
| <input type="checkbox"/> Merienda | <input type="checkbox"/> Cena | <input type="checkbox"/> Cena |
| <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Vianda | <input type="checkbox"/> copa de leche |
| <input type="checkbox"/> Refuerzo alimentario | <input type="checkbox"/> Bolzon alimentario | |

Seleccione Beneficio de Transporte

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI, IBoleto Escolar | <input type="checkbox"/> SI, IBoleto Estudiantil |
| <input type="checkbox"/> SI, Itransporte | |

Seleccione Becas

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Progresar | <input type="checkbox"/> Egresar |
|------------------------------------|----------------------------------|

Seleccione tipo de Asignacion Social

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asignación por embarazo | <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Asignación universal por hijo | <input type="checkbox"/> Madre de 7 hijos |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad pensión graciable | <input type="checkbox"/> Ellas hacen |

Contexto de Encierro

Tipo de Institución: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Fin: _____

Domicilio

País: _____ Provincia: _____

Localidad: _____

Calle: _____

Numero: _____ Referencia: _____

Piso: _____ Depto.: _____

Barrio: _____ Cód. Postal: _____

Fecha de actualización: _____

Datos Familiares (Padre/Madre/Tutor)

Datos personales

CUIL: _____

Relación de parentesco: _____

Máximo nivel educativo alcanzado:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Tipo de documento:

Número de documento: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nacionalidad: _____

País de nacimiento: _____

Ocupacion: _____

Domicilio

País: _____ Provincia: _____

Localidad: _____

Calle: _____

Numero: _____ Cód. Postal: _____

Piso: _____ Depto.: _____

Datos Complementarios

Detalle de Discapacidad(Completar solo si corresponde)

Tipo de Discapacidad: _____

¿Cuenta con docente de apoyo a la inclusion?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI, del Sector Estatal | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> SI, del Sector Privado | |

¿Cuenta con CUD?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

Interculturalidad

¿Se reconoce indigena o como perteneciente a alguna comunidad aborigen y/o pueblo indígena?

☐ sí ☐ no ¿Cual? : _____

¿Es hablante de una lengua indígena/originaria?

☐ sí ☐ no ¿Cuál?: _____

* El presente tiene calidad de declaración Jurada, los datos recabados son confidenciales, aplicándose la normativa nacional vigente

