



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Ciencias
VETERINARIAS
Universidad de Buenos Aires

Secretaría de Extensión Universitaria

Solicitud de Inscripción - Año Lectivo: 2017

Curso:

Implementado por: Escuela de

DATOS DEL ALUMNO/A:

Apellido/s:

Nombres:

DNI: Estado del Doc.: Bueno Malo En trámite No posee

Sexo: Nacionalidad:

Fecha de Nac.:/...../..... Lugar de Nac.:

Domicilio: Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad / Provincia: C.P:

Teléfonos:

E-Mail:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Marque con una X el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado

Completo Incompleto (Hasta Año / Grado:)

CONDICIÓN LABORAL: (Marque con una X)

Trabaja: NO SI (Lugar de trabajo:)

Permanente Temporario Changa /Jornalero Jubilado Pensionado

Observaciones:

TUTORES: (Completar sólo en caso de alumnos menores de edad)

Parentesco: Madre Padre Tutor /Responsable (Es Jefe de Hogar: Si No)

Apellido/s: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u Ocupación:

Nivel de Instrucción: (Marque con una X el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado

Completo Incompleto (Hasta Año / Grado:)

DNI: Estado del Doc.: Bueno Malo En trámite No posee

Domicilio: Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad / Prov: C.P: Tel.:

Observaciones: