



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Ciencias  
**VETERINARIAS**  
Universidad de Buenos Aires

*Centro de Formación de Auxiliares de la Profesión Veterinaria*  
*Secretaría de Extensión Universitaria*

**Solicitud de Inscripción - Año Lectivo: 20.....**

Curso: .....

Implementado por: .....

**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.: .....