



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.: