

SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN**Ciclo de Licenciatura en Educación Física – Año 2017**

Aprobada por U.N.L. Res. C.S. N° 270/98, 54/04 y 9/99 - Res. Ministerial N° 1562/99

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| DATOS PERSONALES: | | |
| Apellido y nombres: | D.N.I. N° | |
| Nacionalidad: | - Género: | N° de C.U.I.L.: |
| DATOS NACIMIENTO | | |
| Localidad - Provincia: | Fecha: | |
| DATOS PRINCIPALES | | |
| Estado civil: | Cantidad de hijos: | |
| Cantidad de familiares a cargo: | Cobertura de salud: | |
| Correo electrónico: (indispensable para ingresar al sistema de gestión universitaria) | | |
| DOMICILIO DURANTE EL PERÍODO DE CLASES/RESIDENCIA | | |
| Tipode residencia: | | |
| ¿Con quien vive durante este período? | | |
| Calle y N°: | Piso: | Depto: |
| Localidad: | Código Postal: | |
| Teléfono de línea: | Celular: | Empresa: |
| DATOS DE LA MADRE | | |
| Apellido y Nombres: | | |
| Vive: | Trabaja: | – Ocupación (que trabaja realiza): |
| Nivel de Instrucción: | | |
| DATOS DEL PADRE | | |
| Apellido y Nombres: | | |
| Vive: | Trabaja: | Ocupación (que trabajo realiza): |
| Nivel de instrucción: | | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|-------|
| FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LOS ESTUDIOS: | | | |
| SITUACIÓN LABORAL | | | |
| Empresa y Sector: | | Antigüedad: | años |
| Trabajo: ¿Le hacen descuentos jubilatorios? | | Esa ocupación es: | |
| Cantidad de horas semanales de trabajo: | hs-Teléf. Trabajo: | | -int. |
| Describa qué tarea realiza: | | | |
| | | | |
| DOCUMENTACIÓN DE ADMISIÓN - ADJUNTA A LA FICHA: | | | |
| 1. Una foto de 4x4 | | | |
| 2. Fotocopia certificada del Título de Profesor de Educación Física y Certificado Analítico | | | |
| 3. Partida de Nacimiento actualizada expedida por el Registro Civil | | | |
| 4. Fotocopia de Doc. Único (DNI) | | | |
| 5. Grupo Sanguíneo y Factor Rh | | | |
| 6. Certificado Buco Dental, expedido por Entidad Oficial | | | |
| 7. Certificado de Salud, expedido por Entidad Oficial | | | |
| | | | |

SANTA FE, Firma:

LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y QUEDA SUJETA AL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTROL QUE REALIZARÁ EL COMITÉ ACADÉMICO DEL CICLO LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA.