

	N° de ficha	☐ ☐ ☐	N° de Inscripción	☐ ☐ ☐
	Inscripto por art. 7 Ley 24521	☐		
	Fecha de Inscripción	__ / __ / ____		
	Control de documentación requerida para el ingreso:			
	Fotocopia DNI	☐		
	Fotocopia legalizada del título	☐		
	Foto	☐		
	Certificado de apto médico	☐		
Apellido responsable de la ficha				

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA CARRERAS DE GRADO 2014

Atención: la siguiente ficha de inscripción constituye la primera documentación del legajo y todos los datos que se soliciten deben completarse. Preste atención a las instrucciones que encuentre en cursiva, haga una cruz en el cuadrado correspondiente. Para finalizar el trámite de inscripción deberá presentar la documentación requerida en los plazos correspondientes: fotocopia del DNI o pasaporte, fotocopias del título secundario, certificado de apto médico y 2 (dos) fotografías de frente, tipo carnet, fondo blanco. Complete sus datos con letra clara. Según ley 25,326 de Datos Personales, los mismos serán de uso exclusivo interno del Instituto de Estudios Superior Clara J. Armstrong.

A. CARRERA EN LA QUE SE INSCRIBE – Obligatorio

1) Nombre de la carrera: _____

B. DATOS PERSONALES – Obligatorio

1) Apellido: _____
 2) Nombre/s: _____

3) Género: varón ☐ mujer ☐

4) Nacionalidad:
 argentino ☐ naturalizado ☐ por opción ☐

5) si es argentino:
 Documento Tipo:

Documento N°

6) Domicilio fuera del período de clases.

Calle _____

N° _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código Postal: _____ Tel _____

7) Email _____

C. SOLO PARA EXTRANJEROS

1) Pasaporte N°:

2) País emisor: _____

3) Visa

temporal ☐ permanente ☐

fecha de otorgamiento: __ / __ / ____

fecha de vencimiento: __ / __ / ____

4) Permiso de residencia

por cupo ☐ radicación ☐

fecha de otorgamiento: __ / __ / ____

fecha de vencimiento: __ / __ / ____

D. DATOS DE NACIMIENTO – Obligatorio

1) Localidad: _____

2) Provincia: _____

3) País: _____

4) Fecha de nacimiento: __ / __ / ____

E. DATOS DE LA ESCUELA SECUNDARIA -Obligatorio

(complete la información aun cuando todavía no haya concluido el último año del nivel medio que está cursando)

1) Año de egreso: ____

2) Escuela (N° y nombre): _____

3) Tipo de gestión de la institución:

publica ☐ privada ☐

4) Título secundario (especificar): _____

5) Ubicación de la Escuela Media

Localidad: _____

Provincia: _____

F. OTROS ESTUDIOS TERCARIOS/UNIVERSITARIOS

1) Universidad/Institución: _____

2) Tipo de gestión de la Universidad/Institución

publica ☐ privada ☐

3) Carrera: _____

4) Nivel: terciario ☐ universitario ☐

5) estado: terminó ☐ abandono ☐ continúa ☐

6) cantidad de materias aprobadas:

(en caso de no haber completado) --

7) Año de egreso (para los que finalizaron): ____

G. COBERTURA DE ESTUDIOS

(solo para carreras de grado de ciclo completo)

1) Necesitas beca: si ☐ no ☐

H. SITUACIÓN CONYUGAL

(marca sólo una opción)

1) Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐

Divorciado/a ☐ Unión consensual ☐ viudo/a ☐

2) Cantidad de hijos:

No tiene ☐ uno ☐ dos ☐ más de dos ☐

I SITUACION LABORAL DEL ALUMNO – Obligatorio
(en todo los casos marcar sólo una opción)

1) Durante la semana pasada

(i) trabajó al menos una hora

(incluye a los que no trabajaron porque estaban de licencia, vacaciones o enfermedad) ☐

(ii) no trabajó y busco trabajo en algún momento durante los últimos 30 días ☐

(iii) no trabajó y buscó trabajo ☐

2) ¿trabaja en el negocio o empresa de un familiar? Si ☐ No ☐

Sólo para los que contestaron que trabajan

3) ¿Cuántas horas semanales trabaja?.....

4) Tipo de trabajo. En el trabajo usted es:

(i) obrero/empleado ☐ (ii) empleador ☐

(iii) cuenta propia ☐ (iv) pasante ☐

5) Situación impositiva

monotributista ☐ en relación de dependencia ☐

6) ¿Su trabajo es remunerado? Si ☐ NO ☐

7) Sus ingresos mensuales son:

menos de 1200 ☐ 1200/2000 ☐ 2000/3500 ☐

3500/5000 ☐ 5000 o mas ☐

8) Su ocupación es:

Permanente (incluye fijo, estable, de planta) ☐

Temporal (incluye changa, trabajo transitorio, estacionales, contrato por tarea obra, suplencia, etc.) ☐

9) ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente?

Hasta 10 horas ☐ más de 10 y hasta 20 horas ☐

Más de 20 y hasta 35 ☐ 35 horas o mas ☐

10) relación entre el empleo/trabajo y la carrera en la que se inscribe:

total ☐ parcial ☐ no está relacionado ☐

J. COBERTURA DE SALUD – Obligatorio

Su situación es:

Carece de cobertura de salud..... ☐

Es afiliado voluntario..... ☐

Cuenta con cobertura por ser familiar a cargo (padre, madre, cónyuge o tutor)..... ☐

cuenta con cobertura de salud por su propio trabajo..... ☐

K. SITUACIÓN FAMILIAR

1) ¿Vive su padre? Si ☐ No ☐ desconoce ☐

¿Vive su madre? Si ☐ No ☐ desconoce ☐

2) Máximo nivel educativo alcanzado por sus padres:

	Padre	Madre
No tiene estudios.....	☐	☐
Primaria incompleta.....	☐	☐
Primaria completa.....	☐	☐
Secundaria incompleta...	☐	☐
Secundaria completa.....	☐	☐
Terciario incompleto.....	☐	☐
Terciario completo.....	☐	☐
Universitario incompleto.	☐	☐
Universitario completo...	☐	☐
Posgrado.....	☐	☐

3) Sus padres habitan vivienda:

Propia ☐ alquilada ☐ otra ☐

4) Condición de actividad de sus padres

Padre:

Trabaja ☐ no trabaja ☐ jubilado ☐ pensionado ☐

Madre:

Trabaja ☐ no trabaja ☐ jubilada ☐ pensionada ☐

5) Tiene hermanos u otros familiares directos estudiando en este instituto.

Si ☐ No ☐

6) En otro instituto/universidad

Si ☐ No ☐

L. ACCESO A INTERNET – Obligatorio

1) ¿Dispone de acceso a INTERNET? Si ☐ No ☐

2) Indique con que dispositivo cuenta para Acceder.

Pc/Notebook..... Si ☐ No ☐

Netbook Conectar Igualdad..... Si ☐ No ☐

Smartphone/Tablet..... Si ☐ No ☐

3) ¿Tiene experiencia en uso de plataforma de estudios virtuales?

Si ☐ No ☐

FECHA Y FIRMA DEL ALUMNO

...../...../.....

Fecha

.....

Firma del alumno



Comprobante de inscripción. Por favor conserve este ejemplar

N° de ficha ☐ ☐ ☐ ☐

Código de Sede ☐ ☐ ☐ ☐

N° de inscripción ☐ ☐ ☐ ☐

Código de Carrera ☐ ☐ ☐ ☐

Apellido y Nombre del Alumno: _____

Inscripto por art. 7 Ley 24521

Fecha de Inscripción ____/____/____

Control de documentación requerida para el ingreso:

Fotocopia de DNI ☐ fotocopia legalizada del título ☐ foto ☐ Certif. Apto medico ☐

Apellido responsable de control de ficha: _____