

Frente

Datos de la / del alumna/o - paciente

CUIL	Apellido/s y nombre/s	
Teléfono	Correo electrónico	Fecha de nacimiento
Domicilio de contacto		

Datos de escolaridad

Ciclo lectivo _____

Tipo de certificado (seleccionar el que corresponda)

Escolar <input type="checkbox"/>	Formación / Superior <input type="checkbox"/>	Escolar diferencial <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>
Inicial / Jardín <input type="checkbox"/>	Formación profesional <input type="checkbox"/>		Rehabilitación <input type="checkbox"/>
Primaria / EGB <input type="checkbox"/> Grado <input type="text"/>	Curso de capacitación <input type="checkbox"/>		Maestra/o particular <input type="checkbox"/>
Secundaria / Polimodal <input type="checkbox"/> Año <input type="text"/>	Terciario <input type="checkbox"/>		Taller protegido <input type="checkbox"/>
	Universitario <input type="checkbox"/>		Formación laboral <input type="checkbox"/>

Provincia del establecimiento o instituto al cual asiste:

Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto / Universidad / Escuela diferencial

Nombre del establecimiento educativo: _____

Nombre del curso / carrera (1): _____

REGICE (Registro de Instituciones de Capacitación y Empleo)

¿Incorporado a la enseñanza oficial? Sí No Clave Única de Establecimiento (CUE) y Anexo

¿Es alumna/o regular? Sí No

Fecha inicio ciclo lectivo / curso _____

Fecha de emisión: ____/____/____ Sello del establecimiento Firma y sello Director/a o responsable

Datos del tratamiento de rehabilitación / maestra/o particular / taller protegido / formación laboral

Nombre del Instituto de rehabilitación / maestra/o particular / profesional médico/a / talleres protegidos / formación laboral: _____

Fecha inicio rehabilitación / enseñanza particular

CUIL / CUIT de la /del profesional o instituto

Tipo y nº de matrícula, legajo o registro de la del profesional / maestra/o particular

Fecha de emisión: ____/____/____

Firma y sello de la / del profesional, maestra/o particular o responsable del instituto

Para uso exclusivo de ANSES

Fecha de recepción

____/____/____

Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

Sello de recepción en ANSES

UDAI / Oficina

Datos de la / del alumna/o - paciente

CUIL	Fecha de nacimiento	Apellido/s y nombre/s:
------	---------------------	------------------------

La presentación debe hacerse en ANSES, con original de la partida de nacimiento y DNI de la/del alumna/o - paciente y DNI de los progenitores, previa solicitud de turno a través de anses.gob.ar o llamando al 130.

Fecha de recepción

____/____/____

Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

Sello de recepción en ANSES

Instrucciones para completar el formulario

Datos de la/del alumna/o - paciente:

Completar todos los datos solicitados: CUIL, apellido/s y nombre/s, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono y/o correo electrónico.

Datos de escolaridad:

Ciclo lectivo: indicar el año correspondiente al ciclo lectivo que se desea informar.

Qué tipo de certificado seleccionar:

- **Escolar:** si la/el alumna/o - paciente concurre a nivel Inicial / Jardín, Primaria EGB, Secundaria o Polimodal.
 - Si se indica nivel Primaria / EGB se debe completar el campo **Grado**.
 - Si se indica nivel Secundaria / Polimodal se debe completar el campo **Año**.
- **Formación/Superior:** si la/el alumna/o - paciente concurre a nivel curso de capacitación / formación profesional / terciario / universitario.
- **Escolar diferencial:** si la/el alumna/o -paciente concurre a una Escuela Diferencial.
- **Especial:** si la/el alumna/o - paciente concurre a rehabilitación, maestra/o particular, taller protegido o de formación laboral.

Provincia del establecimiento o del instituto al que asiste: indicar la provincia correspondiente.

Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto / Universidad / Escuela Diferencial: debe completarse solo si se indicó en tipo de certificado: Escolar; Formación/Superior o Escolar diferencial

Los datos de este apartado deberán ser completados en su totalidad por la/el Directora/or o responsable del establecimiento al que asiste el alumno.

(1) El campo Nombre del curso/carrera sólo deberá ser completado cuando se haya consignado Formación/Superior.

Datos del tratamiento de rehabilitación / maestra/o particular / taller protegido / formación laboral: deberá completarse únicamente en el caso que se haya consignado en tipo de certificado: especial.

Los datos de este rubro deben ser completados por la persona responsable que imparte el tratamiento de rehabilitación o la/el profesional médica/o o la/el maestra/o particular.

Este formulario debe completarse con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

Observaciones