



Instructivo de inscripción en formato papel Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios

Datos personales:

En nuestra página web:

www.argentina.gob.ar/capital-humano/familia/registro-nacional-de-cuidadores-domiciliarios vas a encontrar el formulario de inscripción. Imprimilo y completá tus datos personales.

<p>DATOS PERSONALES</p> <p>APELLIDO/S:</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO:</p> <p>GÉNERO:</p> <p>PROVINCIA DE RESIDENCIA:</p> <p>LOCALIDAD DE RESIDENCIA:</p> <p>DOMICILIO DE RESIDENCIA:</p> <p>BARRIO DE RESIDENCIA:</p> <p>CORREO ELECTRÓNICO:</p> <p>TELÉFONO DE CONTACTO: DNI:</p>
--

Completá esta sección con tus datos reales de domicilio, localidad y provincia, donde vivís actualmente.

Es indispensable que completes teléfono y correo electrónico. Si no tenés mail podés pedirle a alguien de tu confianza que te preste el suyo. Tené en cuenta que es nuestra principal vía de contacto con vos.

Pegá tu foto. La foto no es para publicar solo se va a ver en tu credencial.

IMPORTANTE: TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS. SI FALTA ALGUNO NO PODEMOS CARGAR TU INSCRIPCIÓN EN LA WEB.

Datos de formación

Completá esta sección con los datos tal cual como figuran en tu certificado.



DATOS PERSONALES

ORGANIZACIÓN FORMADORA:
TÍTULO OBTENIDO:
AÑO DE FORMACIÓN: CARGA HORARIA DEL TÍTULO (HS):
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA:
PROVINCIA:
LOCALIDAD:
DOMICILIO:
TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA:
.....

Es muy importante que coloques todos los datos que solicitamos acerca de la organización para poder contactarla y verificar tu formación.

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en este formulario son correctos, completos y que lo he confeccionado sin falsear ni omitir ninguno.

Declaro bajo juramento que he leído y aceptado los términos y condiciones que se encuentran publicadas en:

www.argentina.gob.ar/capital-humano/familia/registro-nacional-de-cuidadores-domiciliarios

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL POSTULANTE

LUGAR:

FECHA:

Firmá y aclará tu nombre y apellido.

Podés leer los Términos y Condiciones desde la web.

IMPORTANTE: TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS.

TENÉ EN CUENTA QUE SIN TU FIRMA EL FORMULARIO ES NULO.



Reuní toda la documentación

Asegurate de tener copia de los siguientes documentos:

1. Formulario de inscripción completo.

 **Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia**
Ministerio de Capital Humano

 **Subsecretaría de Políticas Familiares**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL REGISTRO NACIONAL DE CUIDADORES DOMICILIARIOS

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

GÉNERO: _____

PROVINCIA DE RESIDENCIA: _____

LOCALIDAD DE RESIDENCIA: _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA: _____

BARRIO DE RESIDENCIA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ DNI: _____

DATOS DE FORMACIÓN

ORGANIZACIÓN FORMADORA: _____

TÍTULO OBTENIDO: _____

AÑO DE FORMACIÓN: _____ CARGA HORARIA DEL TÍTULO (HS): _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA: _____

PROVINCIA: _____

LOCALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA: _____

INSETE FOTO 4x4

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en este formulario son correctos, completos y que lo he confeccionado sin falsear ni omitir ninguno.

Declaro bajo juramento que he leído y aceptado los términos y condiciones que se encuentran publicadas en: www.argentina.gob.ar/capital-humano/familia/registro-nacional-de-cuidadores-domiciliarios

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL POSTULANTE

LUGAR: _____ FECHA: _____

2. Fotocopia de tu DNI

(frente y reverso)



3. Foto carnet tipo 4x4 (como la del DNI)





4. Fotocopia de tu certificado de formación



Subsecretaría de Políticas Familiares

Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

CURSO DE FORMACIÓN (RESOLUCIÓN CFE N° 149/11 – AUXILIAR EN CUIDADOS GERONTOLÓGICOS)

Se certifica que DNI:, ha participado en calidad de, con una carga horaria de hs., desde hasta del año, en la localidad de provincia de, en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

..... de

Nombre funcionaria/o
Cargo

Nombre funcionaria/o
Cargo

Presentá la documentación

Por correo postal desde cualquier punto del país a Tte. Gral Perón 524 3° Piso, CABA. C.P. 1038.

Si te encontrás cerca, podés traerla personalmente a nuestra oficina central en Tte. Gral. Perón 524 3° Piso, CABA, de lunes a viernes de 8 a 18 hs.

Contacto

Ante cualquier duda o consulta que pueda surgir sobre la inscripción o el estado de tu trámite, no dudes en contactarnos por las siguientes vías.

Teléfono: (011) 4338-5800 Interno 6060

Correo electrónico: registrocuidadoresam@senaf.gob.ar

Web:

www.argentina.gob.ar/capital-humano/familia/registro-nacional-de-cuidadores-domiciliarios