Instituto Superior de Enseñanza
FUNDACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD
Incorporado a la Enseñanza Oficial (A-1239)
Venezuela 1262 - CP (1095) - Tel.: 4381 ·6923 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

EL PRESENTE FORMULARIO NO ES VÁLIDO COMO INSCRIPCIÓN A LA CARRERA

Fecha: / /

Carrera/ Hemoterapia[ ] Instr. Quirúrgica[ ] Laboratorio[ ] Radiología[ ] Cardiología[ ]

Observaciones

DATOS DE AFILIACIÓN (FATSA, ATSA u OSPSA)

N° de Afiliado: ATSA Filial:

Nombre del titular: Parentesco:

Ocupación de titular:

Lugar de trabajo del titular: Localidad:

A COMPLETAR POR EL ASPIRANTE (con letra clara e imprenta)

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

Edad: Nacionalidad: DNI:

Estado Civil: Hijos:

Domicilio/Calle: N°: Piso: Dto:

C.P.: Localidad: Pcia.:

Tel. part.: Tel.(para mensajes):

Celular: E-mail:

ESTUDIOS SECUNDARIOS

Completos: SI / NO Localidad:

Título obtenido:

Adeuda materias? SI / NO Cuantas:

ESTUDIOS TERCIARIOS u OTROS

Carrera: Finalizada? SI / NO

(NO) continua con la misma?: (NO) Por que?:

INFORMACION LABORAL

Trabajo actualmente? SI / NO

(SI) Nombre de la Empresa: Localidad:

Ocupación: Horario:

Firma