

FECHA: / / 2023

Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con la UPM en el proceso de admisión y con su proyecto educativo. Asimismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario. El alumno que ABANDONE su curso sin justificación medica correspondiente, no podrá cursar cualquier otro oficio antes de un lapso de SEIS MESES.

CURSO AL CUAL SE INSCRIBE: _____ Turno: _____

DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

DNI: _____ Nacionalidad: _____

Número de CUIL: _____ Grupo Sanguíneo: _____

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Estado Civil: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: () 15 - _____

E – mail: _____

Marca con una X:

Zurdo Diestro

Posee Alguna Discapacidad? SI NO Especifique cual _____

En caso de ser afirmativo Posee el carnet de Discapacidad? SI NO

ESTUDIOS CURSADOS: (Marca con una X el máximo nivel de estudios que alcanzaste)

Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria Completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>

Terciario Incompleto	<input type="checkbox"/>
Terciario Completo	<input type="checkbox"/>
Universitario Incompleto	<input type="checkbox"/>
Universitario Completo	<input type="checkbox"/>

DATOS LABORALES

Trabaja? SI NO

Rubro: _____

Alguna vez realizó tareas similares al curso que va a iniciar? _____

Fuiste alumno de la UPM anteriormente? SI NO

Te interesaría trabajar de este oficio? SI NO

Firma Alumno

Firma y Sello Autoridad Superior

CURSO AL CUAL SE INSCRIBE: _____

NOMBRE ALUMNO: _____ DNI: _____

FIRMA Y SELLO: _____