**CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Nº 5** *"María Eva Duarte de Perón"*
Arenales 987 – 03492 506726 – 2300 – Rafaela – Santa Fe – cfpn5rafaela@wilnet.com.ar - **www.cfpn5rafaela.edu.ar**

**NO COMPLETAR**

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Posible obstáculo de acceso o permanencia (indicar cuando está desocupado o hobby) | | Vinculación con escuelas especiales | MATRÍCULA Nº:..... |
| | | Escuela: | | Nº INT REC:..... |

CURSO EN EL QUE SE INSCRIBE: ESPECIALIZACIÓN EN COCINA INTERNACIONAL

| SITUACIÓN LABORAL ACTUAL | | **Marcar una sola opción** | MOTIVO POR EL CUAL REALIZA EL CURSO | **Marcar una sola opción** |
|---|---|---|---|---|
| Si actualmente se encuentra **OCUPADO** | EMPLEADO | | Capacitarse para trabajar por su cuenta | |
| | | | Capacitarse para cambiar de empleo | |
| | | | Perfeccionamiento en el trabajo actual | |
| | | | Interés personal o hobby | |
| | TRABAJA POR SU CUENTA | | Capacitarse para cambiar de empleo | |
| | | | Perfeccionamiento en el trabajo actual | |
| | | | Interés personal o hobby | |
| Si actualmente se encuentra **DESOCUPADO** | | | Capacitarse para trabajar en relación de dependencia | |
| | | | Capacitarse para trabajar por su cuenta | |
| | | | Interés personal o hobby | |

SI RESPONDIÓ QUE SE ENCUENTRA OCUPADO INDIQUE EL TRABAJO QUE REALIZA: .....

.....LUGAR DE TRABAJO:.....TELÉFONO TRABAJO.....

REALIZÓ ALGÚN CURSO ANTERIORMENTE EN LA INSTITUCIÓN**: SI / NO.** (seleccionar lo que no corresponda)

APELLIDOS Y NOMBRES (como figura en el documento): .....

FECHA DE NACIMIENTO: .....EDAD CUMPLIDA:.....

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: .....CUIL Nº.....

DOMICILIO:.....TELÉFONO:.....

BARRIO:.....LOCALIDAD:.....

CÓDIGO POSTAL:.....MAIL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ESTUDIOS CURSADOS COMPLETOS: **PRIMARIOS** ☐ **SECUNDARIOS** ☐ **TERCIARIOS** ☐ **UNIVERSITARIOS** ☐

TÍTULO OBTENIDO:.....

ESTADO CIVIL (indicar lo que corresponde)

**SOLTERO** ☐ **CASADO** ☐ **SEPARADO DE HECHO** ☐ **DIVORCIADO** ☐ **EN CONCUBINATO** ☐ **VIUDO** ☐

ENFERMEDADES CRÓNICAS: **SI / NO** ¿CUÁLES?.....

EN CASO DE URGENCIA INDICAR EL NOMBRE DE UN FAMILIAR:.....TEL:.....

ACTUALMENTE ESTÁ INCORPORADO EN ALGÚN PROGRAMA SOCIAL: **SI / NO.** Indique cuál/es

**.....**

***NO PRESENTO INCONVENIENTES PARA CUMPLIR CON EL HORARIO DEL CURSO EN EL QUE ME INSCRIBO POR RAZONES LABORALES NI PERSONALES.***

FECHA DE INSCRIPCIÓN:...../...../.....

.....
FIRMA DEL INTERESADO

***ADJUNTAR:***

Fotocopia 1º y 2º hoja de documento y cambio de domicilio en caso que lo hubiera. Para el caso de no estar actualizado el cambio de domicilio traer certificado de vecindad solicitado en la seccional de policía correspondiente al domicilio. Constancia de CUIL. Si corresponde fotocopia de estudios secundarios completos.