

DATOS DEL ALUMNO/PACIENTE

CUIL: **20-56828210-9** Apellido y Nombre: **MURO VARGAS MONTIVEROS SAULO GAEL** Fecha de Nacimiento: **14-03-2018**
Teléfono: **264-4046927** Correo Electrónico: **SAMV2013@HOTMAIL.COM**

DATOS DE ESCOLARIDAD

Ciclo Lectivo: **2022** Tipo de Certificado: **ESCOLAR** Nivel: **INICIAL / JARDÍN** Grado/Año:

DATOS DE LA ESCUELA / CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL / CENTRO DE CAPACITACIÓN / INSTITUTO / UNIVERSIDAD / ESCUELA DIFERENCIAL

Nombre del Establecimiento Educativo: Nombre del Curso / Carrera:

¿Incorporado a la Enseñanza Oficial? (Marque con una cruz) ¿Es Alumno Regular? (Marque con una cruz)

Clave Única de Establecimiento (CUE):

Nº de REGICE:

Fecha de Inicio Ciclo Lectivo / Curso:

Fecha de Emisión:

Firma y Sello del Director o Responsable

Sello del Establecimiento

DATOS DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN / MAESTRO PARTICULAR / TALLER PROTEGIDO / FORMACIÓN LABORAL

Nombre del Instituto de Rehabilitación / Maestro Particular / Profesional Médico / Talleres Protegidos / Formación Laboral:

Fecha de Inicio Rehabilitación / Enseñanza Particular:

CUIL / CUIT del Profesional o Instituto:

Tipo de Matrícula
 MM MN MP LE

Nº de Matrícula, Legajo o Registro del Profesional/ Maestro Particular:

Fecha de Emisión:

Firma y Sello del Profesional/Maestro Particular o Responsable del Instituto

USO EXCLUSIVO ANSES

Fecha de Recepción:

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

OBSERVACIONES