ANSES

**30367628**

PS 2.68 Acreditación de Escolaridad / Escolaridad Especial / Formación

## DATOS DE LA / DEL ALUMNA/O – PACIENTE

CUIL: **20-54372806-4** Apellido y Nombre: **FLORES FRANCISCO EMMANUEL** Fecha de Nacimiento: **27-11-2014**

Teléfono: **264-5123147** Correo Electrónico: **VALRIAFLORES233@GMAIL.COM**

## DATOS DE ESCOLARIDAD

Ciclo Lectivo: **2023** Tipo de Certificado: **ESCOLAR** Nivel: **PRIMARIA / EGB** Grado/Año: **3**

## 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 Alumna/o 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 Director/a o Responsable

Sello del Establecimiento

## DATOS DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN / MAESTRA/O PARTICULAR / TALLER PROTEGIDO / FORMACIÓN LABORAL

**Nombre del Instituto de Rehabilitación / Maestra/o Particular / Profesional Médico/a / Talleres Protegidos / Formación Laboral:**

**Fecha de Inicio Rehabilitación / Enseñanza Particular:**

**CUIL / CUIT de la /del Profesional o Instituto:**

**Tipo de Matrícula**

○ **MM** ○ **MN** ○ **MP** ○ **LE**

**Nº de Matrícula, Legajo o Registro de la / del Profesional / Maestra/o Particular:**

**Fecha de Emisión:**

Firma y Sello de la / del Profesional / Maestro/a Particular o Responsable del Instituto

## USO EXCLUSIVO ANSES

**Fecha de Recepción:**

Firma, Aclaración y Legajo de Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

## OBSERVACIONES