

DATOS DE LA / DEL ALUMNA/O – PACIENTE

CUIL: 27-54149511-3

Apellido y Nombre: POLIZOTO VILLARROEL LARA YAZMIN

Fecha de Nacimiento: 02-09-2014

Teléfono: 264-6106365

Correo Electrónico: VILLARROELSOFIA935@GMAIL.COM

DATOS DE ESCOLARIDAD

Ciclo Lectivo: 2024

Tipo de Certificado: ESCOLAR

Nivel: PRIMARIA / EGB

Grado/Año: 4

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