



instituto superior autorizado n° 4080
tecnología médica



F I C H A E S T U D I A N T I L

Licenciatura en Tecnología Médica

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre completo:

D.N.I.:

Nacionalidad:.....

Localidad de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

E-mail:

Otro E-mail:

Teléfonos:

Domicilio Particular:.....

Localidad.....Código postal:.....

Información Laboral

Nombre del lugar de trabajo:

Domicilio:

Localidad:.....Código postal:.....

Teléfono:

IMPORTANTE: Indique el domicilio donde desea recibir los envíos postales

Domicilio:

Localidad:.....Código postal:.....

Provincia:

Documentación que se adjunta:

- *Fotocopia autenticada del título de técnico
- *Fotocopia autenticada del título secundario
- *2 Foto 4 x 4
- *1 Fotocopia de DNI