



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 TECNOLOGIA MEDICA

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre completo:

D.N.I.:

Nacionalidad:.....

Lugar y fecha de nacimiento:

E-mail:

Otro E-mail:

Teléfonos:

Domicilio Particular:.....

Localidad..... Código postal:.....

ESTUDIOS SUPERIORES

Carrera:.....

Establecimiento:.....

Título:.....

Res. Ministerial N°:.....

IMPORTANTE: Indique el domicilio donde desea recibir los envíos postales

Domicilio:

Localidad:..... Código postal:.....

Provincia:

DOCUMENTACION REQUERIDA

- 2 Fotos carnet 4 x 4
- 2 fotocopias legalizadas del titulo de técnico
- 2 fotocopias legalizadas del titulo secundario
- 2 fotocopias legalizadas del D.N.I.
- 2 Partidas de Nacimiento autenticadas
- 2 Constancias de CUIL o CUIT