

Frente

**Datos de la / del alumna/o - paciente**

CUIL	Apellido/s y nombre/s	
Teléfono	Correo electrónico	Fecha de nacimiento
Domicilio de contacto		

**Datos de escolaridad**

Ciclo lectivo \_\_\_\_\_

**Tipo de certificado** (seleccionar el que corresponda)

<b>Escolar</b> <input type="checkbox"/>	<b>Formación / Superior</b> <input type="checkbox"/>	<b>Escolar diferencial</b> <input type="checkbox"/>	<b>Especial</b> <input type="checkbox"/>
Inicial / Jardín <input type="checkbox"/>	Formación profesional <input type="checkbox"/>		Rehabilitación <input type="checkbox"/>
Primaria / EGB <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/>	Curso de capacitación <input type="checkbox"/>		Maestra/o particular <input type="checkbox"/>
Secundaria / Polimodal <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	Terciario <input type="checkbox"/>		Taller protegido <input type="checkbox"/>
	Universitario <input type="checkbox"/>		Formación laboral <input type="checkbox"/>

Provincia del establecimiento o instituto al cual asiste: \_\_\_\_\_

**Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto / Universidad / Escuela diferencial**

Nombre del establecimiento educativo: \_\_\_\_\_

Nombre del curso / carrera (1): \_\_\_\_\_

REGICE (Registro de Instituciones de Capacitación y Empleo)

¿Incorporado a la enseñanza oficial? Sí  No  Clave Única de Establecimiento (CUE) y Anexo

¿Es alumna/o regular? Sí  No

Fecha inicio ciclo lectivo / curso \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sello del establecimiento

Firma y sello Director/a o responsable

**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 inicio rehabilitación / enseñanza particular

CUIL / CUIT de la /del profesional o instituto

Tipo y nº de matrícula, legajo o registro de la del profesional / maestra/o particular

Fecha de emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma y sello de la / del profesional, maestra/o particular o responsable del instituto

**Para uso exclusivo de ANSES**

Fecha de recepción

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

\_\_\_\_\_  
Sello de recepción en ANSES

UDAI / Oficina

**Datos de la / del alumna/o - paciente**

CUIL	Fecha de nacimiento	Apellido/s y nombre/s:
------	---------------------	------------------------

La presentación debe hacerse en ANSES, con original de la partida de nacimiento y DNI de la/del alumna/o - paciente y DNI de los progenitores, previa solicitud de turno a través de [anses.gov.ar](http://anses.gov.ar) o llamando al 130.

Fecha de recepción

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

\_\_\_\_\_  
Sello de recepción en ANSES

## Instrucciones para completar el formulario

### Datos de la/del alumna/o - paciente:

Completar todos los datos solicitados: CUIL, apellido/s y nombre/s, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono y/o correo electrónico.

### Datos de escolaridad:

Ciclo lectivo: indicar el año correspondiente al ciclo lectivo que se desea informar.

### Qué tipo de certificado seleccionar:

- **Escolar:** si la/el alumna/o - paciente concurre a nivel Inicial / Jardín, Primaria EGB, Secundaria o Polimodal.
  - Si se indica nivel Primaria / EGB se debe completar el campo **Grado**.
  - Si se indica nivel Secundaria / Polimodal se debe completar el campo **Año**.
- **Formación/Superior:** si la/el alumna/o - paciente concurre a nivel curso de capacitación / formación profesional / terciario / universitario.
- **Escolar diferencial:** si la/el alumna/o -paciente concurre a una Escuela Diferencial.
- **Especial:** si la/el alumna/o - paciente concurre a rehabilitación, maestra/o particular, taller protegido o de formación laboral.

**Provincia del establecimiento o del instituto al que asiste:** indicar la provincia correspondiente.

**Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto / Universidad / Escuela Diferencial:** debe completarse solo si se indicó en tipo de certificado: Escolar; Formación/Superior o Escolar diferencial

Los datos de este apartado deberán ser completados en su totalidad por la/el Directora/or o responsable del establecimiento al que asiste el alumno.

**(1) El campo Nombre del curso/carrera sólo deberá ser completado cuando se haya consignado Formación/Superior.**

**Datos del tratamiento de rehabilitación / maestra/o particular / taller protegido / formación laboral:** deberá completarse únicamente en el caso que se haya consignado en tipo de certificado: especial.

**Los datos de este rubro deben ser completados por la persona responsable que imparte el tratamiento de rehabilitación o la/el profesional médica/o o la/el maestra/o particular.**

Este formulario debe completarse con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

---

### Observaciones