

**FORMULARIO DEL ALTA DEL BENEFICIARIO EN EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

(Circular nº 22/2016-Rectorado)

**DATOS PERSONALES DEL "EGRESADO":**

Apellido			
Nombres			
Documento	Tipo: <input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
CUIL	Prefijo <input type="text"/>	N° <input type="text"/>	Dígito Verif. <input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Lugar de Nacimiento:
Nacionalidad		Sexo: Masculino <input type="radio"/>	Femenino <input type="radio"/>
Estado Civil			
Título Obtenido			
Universidad Otorgante			
Fecha de egreso			
Nivel del título otorgado	PREGRADO <input type="checkbox"/>	GRADO	<input type="checkbox"/>

**DOMICILIO:**

Calle/Barrio:	<input type="text"/>										
Nro:	<input type="text"/>	M:	<input type="text"/>	Casa:	<input type="text"/>	Torre:	<input type="text"/>	Piso:	<input type="text"/>	Dpto:	<input type="text"/>
Localidad:							Código Postal	<input type="text"/>			
Provincia											
Teléfono (colocar prefijo)	Fijo:					Celular:					
En caso de Emergencia	Contacto:						Teléfono:				
E-mail											
Grupo sanguíneo						Alérgico/a: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
Si la respuesta es sí, indicar a que:											
Toma medicación permanente	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Cuál?								

Mendoza, ..... de .....de 201....

.....  
Firma y Aclaración del Estudiante