

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