



**ANEXO II**  
-1-

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**ESTUDIANTES ASPIRANTES A BECAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
PARA ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

FACULTAD/ INSTITUTO: .....

CARRERA: .....

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI..... CUIL: .....

FECHA DE NACIMIENTO.....

DOMICILIO: .....

TELÉFONOS:.....

E-MAIL:.....

AÑO DE CARRERA QUE CURSA: .....

REGISTRO N°: .....

N° DE MATERIAS APROBADAS: .....

***En todos los casos presentar:***

- Currículum Vitae
- Certificado analítico provisorio expedido por Sección Alumnos

MENDOZA, .....

(FIRMA)



Ord. N° 41

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

(Ordenanza nº 59/2013-Rector y Circular Nº 22/2016-Rectorado)

**DATOS PERSONALES DEL "ESTUDIANTE":**

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			
Unidad Académica en la que cursa			
Carrera			
Nº de registro			

**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