

REGISTRO GENERAL DEL ESTUDIANTE

1. FACULTAD REGIONAL _____		2. Nº DE INSCRIPCIÓN _____
3. APELLIDOS Y NOMBRES AUTOPERCIBIDO _____		
4. APELLIDOS Y NOMBRES LEGAL _____		
5. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
C.U.I.L. _____ - _____ - _____	C.I. 1 _____	_____
D.N.I / L.E / L.C. 2 _____	PASAPORTE 3 _____	_____
6. ESTUDIOS SECUNDARIOS	7. AÑO DE INGRESO U.T.N.	8. FORMA DE INGRESO
TÉCNICO 1 _____	_____	CICLO INTRODUCTORIO _____
NO TÉCNICO 2 _____	_____	EQUIVALENCIA _____
		PASE FACULTAD _____
		EXTRANJERO _____
9. NÚMERO DE LEGAJO _____		10. CARRERA _____
11. DOMICILIO ACTUAL DEL ALUMNO		
CALLE: _____		
PISO: _____ DPTO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____		
LOCALIDAD: _____		
PROVINCIA: _____		
TELÉFONO FIJO _____		
CELULAR _____		
CORREO ELECTRÓNICO _____		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div> <p>(NO LLENAR)</p>		
FECHA _____		_____ Firma del alumno

12. SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		13. FECHA NACIMIENTO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>																												
14. GÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> MUJER TRANS <input type="checkbox"/> LESBIANA <input type="checkbox"/> TRAVESTI <input type="checkbox"/> TRANSGENERO <input type="checkbox"/> GÉNERO FLUIDO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> VARÓN TRANS <input type="checkbox"/> GAY <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> NO BINARIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA ANTERIOR <input type="checkbox"/> NO RESPONDE		DETALLE DE GÉNERO _____																												
15. NACIONALIDAD NATIVO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NATURALIZADO <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> POR OPCIÓN <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> PAÍS: _____ <input type="text"/>																														
16. DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (CUD) _____																												
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD MOTORA <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD VISUAL <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD CONDICIÓN PSICOSOCIAL		¿QUÉ APOYOS UTILIZÁS EN TU VIDA DIARIA? _____ ¿REQUERÍS OTRO TIPO DE APOYO? _____																												
17. TÍTULO SECUNDARIO _____																														
18. AÑO DE EGRESO DEL SECUNDARIO _____																														
19. ESCUELA SECUNDARIA NOMBRE: _____ LOCALIDAD: _____ PROV. _____ PAÍS: _____																														
20. OTROS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS O SUPERIORES PREVIOS FINALIZÓ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ABANDONÓ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CONTINÚA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		CARRERA: _____ INSTITUCIÓN: _____ Nº DE MATERIAS APROBADAS: _____																												
21. TRABAJA SI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		22. HORAS SEMANALES DE TRABAJO DE 0 A 20 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> DE 21 A 35 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> MÁS DE 35 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																												
23. NO TRABAJA: MOTIVOS NO NECESITA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NO ENCUENTRA <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> INCAPACITADO <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		24. NO TRABAJA FORMA DE FINANCIAR LOS ESTUDIOS BECA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> FAMILIARES <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CONYÚGE <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> RENTA PERSONAL <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																												
25. ESTUDIOS CURSADOS POR LOS PADRES		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>PADRE</th> <th>MADRE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>A</th> <th>B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIMARIO INCOMPLETO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>PRIMARIO COMPLETO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIO INCOMPLETO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SECUNDARIO COMPLETO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SUP. O UNIV. INCOMPLETO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SUP. O UNIV. COMPLETO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SIN ESTUDIOS SISTEMÁTICOS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			PADRE	MADRE		A	B	PRIMARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUP. O UNIV. INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUP. O UNIV. COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIN ESTUDIOS SISTEMÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PADRE	MADRE																												
	A	B																												
PRIMARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUP. O UNIV. INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUP. O UNIV. COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SIN ESTUDIOS SISTEMÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
26. OBSERVACIONES _____ _____																														