

JUNTA DE CALIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE GABINETES TÉCNICOS INTERDISCIPLINARIOS DE EDUCACIÓN

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA:

DOCENTE DE APOYO, ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO E INTÉRPRETE DE LENGUA DE SEÑAS ARGENTINA

AÑO:

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Documento Tipo: N°: CUIL:

Edad: Nacionalidad: Fecha de nacimiento:

Domicilio: Código Postal:

Correo electrónico: Tel. fijo:

Tel. celular: Disponibilidad Horaria:

Departamentos o zonas de preferencia para desempeñarse laboralmente:

TÍTULOS :

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA:

DOCENTE DE APOYO	ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO	INTÉRPRETE DE LENGUA DE SEÑAS ARGENTINA

(Marcar con una cruz lo que corresponda de acuerdo a las Titulaciones que posea).

Cantidad de folios (no incluye ficha de inscripción).....

¿Se inscribe por primera vez o ya posee carpeta de antecedentes para Docente de Apoyo?.....

Declaro bajo juramento que lo consignado en la presente solicitud y las copias de certificaciones adjuntas se ajustan en todo a la verdad, quedando sujeto a la verificación del cumplimiento de los requisitos exigidos.

.....
Firma del Aspirante

.....
Firma del que recibe

FECHA:.....

JUNTA DE CALIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE GABINETES TÉCNICOS INTERDISCIPLINARIOS DE EDUCACIÓN

INSCRIPCIÓN PARA DOCENTE DE APOYO, ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO E INTÉRPRETE DE LENGUA DE SEÑAS ARGENTINA

AÑO:

INSCRIPCIÓN PARA:

DOCENTE DE APOYO:.....

ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO:.....

INTÉRPRETE DE LENGUA DE SEÑAS ARGENTINA:.....

Nombre y Apellido:

Documento:

Domicilio:

Cantidad de folios:

Fecha:

Firma del Docente o Profesional.

Firma del que recibe