

**Frente**

**Datos del alumno - paciente**

CUIL	Apellido(s) y nombre(s)	
Teléfono	Correo electrónico	Fecha de nacimiento
Domicilio de contacto		

**Datos de escolaridad**

Ciclo lectivo \_\_\_\_\_

**Tipo de certificado** (seleccionar el que corresponda)

<b>Escolar</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Formación / Superior</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Escolar diferencial</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Especial</b>	<input type="checkbox"/>
Inicial / Jardín	<input type="checkbox"/>	Formación profesional	<input type="checkbox"/>			Rehabilitación	<input type="checkbox"/>
Primaria / EGB	<input type="checkbox"/> Grado <input type="text"/>	Curso de capacitación	<input type="checkbox"/>			Maestro particular	<input type="checkbox"/>
Secundaria / Polimodal	<input type="checkbox"/> Año <input type="text"/>	Terciario	<input type="checkbox"/>			Taller protegido	<input type="checkbox"/>
		Universitario	<input type="checkbox"/>			Formación laboral	<input type="checkbox"/>

Provincia del establecimiento o instituto al cual asiste: \_\_\_\_\_

**Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto /  
Universidad / Escuela diferencial**

Nombre del establecimiento educativo: \_\_\_\_\_

Nombre del curso / carrera (1): \_\_\_\_\_

REGICE (Registro de Instituciones de Capacitación y Empleo)

¿Incorporado a la enseñanza oficial? Sí  No  Clave Única de Establecimiento (CUE) y Anexo

¿Es alumno regular? Sí  No

Fecha inicio ciclo lectivo / curso \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sello del establecimiento Firma y sello del Director o responsable

**Datos del tratamiento de rehabilitación / maestro particular / taller protegido / formación laboral**

Nombre del Instituto de rehabilitación / maestro particular / profesional médico / talleres protegidos / formación laboral: \_\_\_\_\_

Fecha inicio rehabilitación / enseñanza particular

CUIL / CUIT del profesional o instituto

Tipo y nº de matrícula, legajo o registro del profesional / maestro particular

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y sello del profesional, maestro particular o responsable del instituto

**Para uso exclusivo de ANSES**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

\_\_\_\_\_  
Sello de recepción en ANSES

Oficina de ANSES

**Datos del alumno - paciente**

CUIL	Fecha de nacimiento	Apellido(s) y nombre(s):
------	---------------------	--------------------------

La presentación debe hacerse en ANSES, con original de la partida de nacimiento y DNI del alumno - paciente y DNI de los progenitores, previa solicitud de turno a través de [anses.gob.ar](http://anses.gob.ar) o llamando al 130.

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

\_\_\_\_\_  
Sello de recepción en ANSES

## Instrucciones para completar el formulario

### Datos del alumno - paciente:

Completar todos los datos solicitados: CUIL, apellido(s) y nombre(s), fecha de nacimiento, domicilio, teléfono y/o correo electrónico.

### Datos de escolaridad:

Ciclo lectivo: indicar el año correspondiente al ciclo lectivo que se desea informar.

### Qué tipo de certificado seleccionar:

- **Escolar:** si el alumno - paciente concurre a nivel Inicial / Jardín, Primaria EGB, Secundaria o Polimodal.
  - Si se indica nivel Primaria / EGB se debe completar el campo **Grado**.
  - Si se indica nivel Secundaria / Polimodal se debe completar el campo **Año**.
- **Formación/Superior:** si el alumno - paciente concurre a nivel curso de capacitación / formación profesional / terciario / universitario.
- **Escolar diferencial:** si el alumno - paciente concurre a una Escuela Diferencial.
- **Especial:** si el alumno - paciente concurre a rehabilitación, maestro particular, taller protegido o de formación laboral.

**Provincia del establecimiento o del instituto al que asiste:** indicar la provincia correspondiente.

**Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto / Universidad / Escuela Diferencial:** debe completarse solo si se indicó en tipo de certificado: Escolar; Formación/Superior o Escolar diferencial

Los datos de este apartado deberán ser completados en su totalidad por el Director o responsable del establecimiento al que asiste el alumno.

**(1) El campo Nombre del curso/carrera sólo deberá ser completado cuando se haya consignado Formación/Superior.**

**Datos del tratamiento de rehabilitación / maestro particular / taller protegido / formación laboral:** deberá completarse únicamente en el caso que se haya consignado en tipo de certificado: especial.

**Los datos de este rubro deben ser completados por la persona responsable que imparte el tratamiento de rehabilitación o el profesional médico o maestro particular.**

**Este formulario debe completarse con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.**

---

### Observaciones