



**FORMULARIO INSCRIPCION  
CONCURSO  
“CRECEMOS CON VOS”**



Apellido y Nombres: _____	
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ DNI N°: _____	
Domicilio: _____ - Localidad: _____	
Teléfono: Fijo: (_____) _____ - Celular: (_____) _____	
Domicilio electrónico: (donde recibirá las notificaciones): _____	
Concurso al que quiere participar: _____	
<b>1. Estado Civil:</b> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>	
<b>2. Máximo nivel de estudio alcanzado</b> Primario Incomp: <input type="checkbox"/> Primario Comp: <input type="checkbox"/> Secundario Incomp: <input type="checkbox"/> Secundario Comp: <input type="checkbox"/> Terciario/Universitario incompleto: <input type="checkbox"/>   Terciario/Universitario comp: <input type="checkbox"/> Capacitaciones: NO / SI - Cuál? _____	
<b>3. En el caso que esté cursando estudios indique:</b>	
.a) Nombre de la Institución Educativa: _____	
Domicilio: _____	Horarios de cursado: _____
b) Nombre de la Institución Educativa: _____	
Domicilio: _____	Horarios de cursado: _____
c.- Otra: _____	
<b>4) Recibe algún ingreso?</b> Plan Social (AUH) <input type="checkbox"/>   2. Beca <input type="checkbox"/>   3. De una tercera persona <input type="checkbox"/>	
<b>5) Hace alguna actividad deportiva y/o recreativa y/o cultural ? SI / NO</b>	
a) Que actividad realiza: _____ _____	
b) Institución donde concurre a realizarla: _____	
c) Si dicha actividad tiene un costo o no (tachar lo que no corresponde): SI – NO	

## 6. Ingrantes Grupo Familiar:

Apellido y nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

¿Esta trabajando actualmente? (tachar lo que no corresponda)

NO  SI

Dónde ? \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Percibe algún beneficio (jubilación/pensión/asignación, otro)

NO  SI  En caso afirmativo indique el monto: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del Padre: \_\_\_\_\_

¿Esta trabajando actualmente? (tachar lo que no corresponda)

NO  SI

Dónde ? \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Percibe algún beneficio (jubilación/pensión/asignación, otro)

NO  SI  En caso afirmativo indique el monto: \_\_\_\_\_

En el grupo familiar, hay alguna persona con discapacidad o enfermedad crónica

NO  SI  Quién ? : \_\_\_\_\_

7) VIVIENDA (tachar lo que no corresponda):

Propia  - Alquilada  - Prestada  Otros: \_\_\_\_\_

**Observación: La solicitud de Beca tendrá carácter de declaración jurada y la falsedad de la información proporcionada hará pasible al estudiante del cese del beneficio otorgado.-**