

**E. Carbo 75 - (3100) - Paraná E.R. - Tel: (0343) 4220096 - E-mail: info@isce.edu.ar** [**www.isce.edu.ar**](http://www.isce.edu.ar/)

***FICHA DE INSCRIPCIÓN : NIVEL SUPERIOR 2021***

***CARRERA: TÉCNICO SUPERIOR EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD***

**Período Lectivo: ………..... Fecha Inscripción: ………………. Año a cursar: …………**

***DATOS PERSONALES:***

**Apellido y Nombres: ………………………………………………………………………………..……………**

**Lugar y Fecha de Nacimiento: …………………………………… Nacionalidad: …………....................**

**Edad cumplida: …………años. DNI : ………………………………………….…….**

**Domicilio Real: …………………………………………………………............... Localidad: ………….........**

**Domicilio Legal: ……………………………………………………… Localidad: ……………………………**

**Teléfono: ……………………………………… Email: ….…………………………………………..…………**

**Estado Civil: ……………………………………………………………………………………………………...**

***ESTUDIOS CURSADOS*:**

**Título Obtenido: ....................................................................................................................................................**

**Año de Egreso: ........................................................................................................................................................**

**Institución Educativa: ............................................................................................................................................**

**Título Obtenido: ....................................................................................................................................................**

**Año de Egreso: ........................................................................................................................................................**

**Institución Educativa: ............................................................................................................................................**

***SITUACIÓN LABORAL*:**

**Trabaja? SI NO Empresa……………………………………………………………………………………………………………**

**Cargo/Puesto……………………………… Días y Horarios de Trabajo: ……………………………  
Situación Laboral: Independiente Contratado Planta Permanente**

***DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL INGRESANTE:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** | **SI** | **OBSRVACIONES** |
| **Fotocopia del Certificado de Estudios Secundarios** |  |  |
| **Certificado de Finalización de Estudios** |  |  |
| **Fotocopia del DNI** |  |  |
| **Certificado de Buena Salud** |  |  |
| **Dos Fotos color 4 x 4** |  |  |
| **Solicitud De Equivalencias** |  |  |

**El alumno tendrá un plazo máximo de 30 días desde el comienzo de clases para completar la documentación faltante. Caso contrario, será dado de baja.**

***RECEPCIÓN DEL CÓDIGO DE CONVIVENCIA:***

**DECLARO CONOCER, ACEPTAR Y RESPETAR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE CONVIVENCIA DEL ISCE D-223**

**Firma del Alumno:…………………………………Aclaración: *…………………..…………......................***

**Firma del Padre/Tutor: …………………………………………..DNI………………………………………**

**Aclaración………………………………………………………………………………………………………**

***BENEFICIARIO DEL SEGURO ESCOLAR OBLIGATORIO*:**

**Apellido Y Nombres………………………………………………………………… D.N.I.:……………….**

***RESPONSABLE DEL PAGO DE ARANCELES***

**Vínculo con el alumno: ………………………………………………………………...DNI…………………**

**Domicilio Particular………………………………….. …………………..Teléfono/s………………………**

**Lugar de Trabajo/Empresa………………………………………………………Cargo…………………….**

**Domicilio Laboral…………………………….....................................Teléfono/s Laboral:…………………**

**Fotocopia del DNI si no Fotocopia recibo de Haberes: si no**

***PAGO DE ARANCELES:* Se abona: a) *INSCRIPCIÒN ANUAL*, que se renueva por cada año que cursa.- b) 11 *CUOTAS MENSUALES,* desde febrero a diciembre de cada año, CUALQUIERA SEA LA FECHA DE INGRESO AL ISCE,**

**Se deja constancia que, el ISCE D-223, *NO RECIBE* aporte económico del Estado.- Por lo tanto, todo su funcionamiento es financiado *EXCLUSIVAMENTE*, con el ingreso de las cuotas del alumnado.- SE REQUIERE , por lo tanto, un cumplimiento *RESPONSABLE*  del pago de las mismas.- En el caso de incumplimiento, el ISCE se reserva el derecho de cobro, en forma tercerizada.-**

**………………………………………………. ………………………………………**

**Firma Del Responsable Aclaración**

**………………………….**

**Firma Del Alumno**