

**No completar (para uso exclusivo del Departamento de Alumnos)**N° de ficha N° de Inscripción Inscrito por art. 7 Ley 24521

Fecha de Inscripción __/__/____

Control de documentación requerida para el ingreso: Fotocopia de DNI
Fotocopia legalizada del Título
Foto
Certificado de apto médico

Apellido responsable de control de la ficha _____

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA CARRERAS DE GRADO 2016

Atención: la siguiente ficha de Inscripción constituye la primera documentación de su legajo y todos los datos que se solicitan deben completarse. Preste atención a las instrucciones que encuentre en cursiva, haga una cruz en el cuadrado correspondiente. Para finalizar el trámite de inscripción deberá presentar la documentación requerida en los plazos correspondientes: fotocopia de DNI o pasaporte, fotocopia legalizada del Título secundario, certificado de apto médico y 2 (dos) fotografías de frente, tipo carnet, fondo blanco. Complete sus datos con letra clara.

Según Ley 25,326 de Datos Personales, los mismos serán de uso exclusivo interno de la Universidad Nacional de Río Negro. Para contactarse con Comisión Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad puede escribir a la comisiondiscapacidad@unrn.edu.ar o consultar en las oficinas de alumnos.

A. CARRERA EN LA QUE SE INSCRIBE - Obligatorio

1) Nombre de la carrera: _____

B. DATOS PERSONALES - Obligatorio

1) Apellido: _____

2) Nombre/s: _____

3) Género: varón mujer 4) Nacionalidad: argentino naturalizado por opción

5) Si es argentino:

Documento Tipo: Documento N°:

6) Domicilio fuera del período de clases

Calle: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código Postal: _____

7) Email _____

C. SÓLO PARA EXTRANJEROS1) Pasaporte N°:

2) País emisor: _____

3) Visa temporal permanente

fecha de otorgamiento: __/__/____

fecha de vencimiento: __/__/____

4) Permiso de residencia

por cupo radicación

fecha de otorgamiento: __/__/____

fecha de vencimiento: __/__/____

D. DATOS DE NACIMIENTO - Obligatorio

1) Localidad: _____

2) Provincia: _____

3) País: _____

4) Fecha de nacimiento: __/__/____

E. DATOS DE LA ESCUELA SECUNDARIA - Obligatorio*(complete la información aún cuando todavía no haya concluido el último año del nivel medio que está cursando)*

1) Año de egreso: ____

2) Escuela (N° y nombre): _____

3) Tipo de gestión de la institución:

pública privada

4) Título secundario (especificar): _____

5) Ubicación de la Escuela Media

Localidad: _____

Provincia: _____

F. OTROS ESTUDIOS TERCIARIOS/UNIVERSITARIOS

1) Universidad/Institución: _____

2) Tipo de gestión de la Universidad/Institución:

pública privada

3) Carrera: _____

4) Nivel: terciario universitario 5) Estado: terminó abandonó continúa 6) Cantidad de materias aprobadas:
(en caso de no haber completado)

7) Año de egreso (para los que finalizaron): ____

G. COBERTURA DE ESTUDIOS*(sólo para carreras de grado de ciclo completo)*1) Necesita beca: SI NO

2) El ingreso promedio mensual de su grupo familiar es:

menos de 1200 1200/2000 2000/3500 3500/5000 5000 ó más **H. SITUACIÓN CONYUGAL***(marcar sólo una opción)*1) Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Unión consensual Viudo/a

2) Cantidad de hijos
 No tiene Uno Dos Más de dos

I. SITUACIÓN LABORAL DEL ALUMNO - Obligatorio
(en todos los casos marcar sólo una opción)

1) Durante la semana pasada
 (i) trabajó al menos una hora *(incluye a los que no trabajaron porque estaban de licencia, vacaciones o enfermedad)*
 (ii) no trabajó y buscó trabajo en algún momento durante los últimos 30 días
 (iii) no trabajó y no buscó trabajo

2) ¿Trabaja en el negocio o empresa de un familiar?
 SI NO

Sólo para los que contestaron que trabajan

3) ¿Cuántas horas semanales trabaja?

4) Tipo de trabajo. En el trabajo usted es:
 (i) obrero/empleador (ii) empleador
 (iii) cuenta propia (iv) pasante

5) Situación impositiva
 monotributista en relación de dependencia

6) ¿Su trabajo es remunerado? SI NO

7) Sus ingresos mensuales son:
 menos de 1200 1200/2000 2000/3500
 3500/5000 5000 ó más

8) Su ocupación es:
 permanente *(incluye fijo, estable, de planta)*
 temporaria *(incluye changa, trabajo transitorio, estacionales, contrato por tarea obra, suplencia, etc.)*

9) ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente?
 hasta 10 horas más de 10 y hasta 20 horas
 más de 20 y hasta 35 horas 35 horas o más

10) Relación entre el empleo/ trabajo con la carrera en la que se inscribe:
 total parcial no está relacionado

J. COBERTURA DE SALUD - Obligatorio
 Su situación es:
 carece de cobertura de salud
 es afiliado voluntario
 cuenta con cobertura de salud por ser familiar a cargo *(padre, madre, cónyuge o tutor)*
 cuenta con cobertura de salud por su propio trabajo

K. SITUACIÓN FAMILIAR

1)
 ¿Vive su padre? SI No Desconoce
 ¿Vive su madre? SI No Desconoce

2) Máximo nivel educativo alcanzado por sus padres:

	Padre	Madre
no tiene estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
primaria completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
secundaria completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terciario incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terciario completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
universitario incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
universitario completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posgrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Sus padres habitan vivienda:
 propia alquilada otra

4) Condición de actividad de sus padres:
Padre:
 trabaja no trabaja jubilado pensionado
Madre:
 trabaja no trabaja jubilada pensionada

5) Tiene hermanos u otros familiares directos estudiando en la Universidad.
 SI NO

6) En esta Universidad.
 SI NO

L. ACCESO A INTERNET - Obligatorio

1) ¿Dispone de acceso a INTERNET? SI NO

2) Indique con que dispositivo cuenta para acceder

PC/Notebook	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Netbook Conectar Igualdad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Smartphone/Tablet	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

3) Tiene experiencia en uso de plataformas de estudios virtuales?
 SI NO

FECHA Y FIRMA DEL ALUMNO

...../...../...../
 Fecha

.....
 Firma del Alumno



Comprobante de Inscripción al programa de ingreso. Por favor conserve este ejemplar

Nº de ficha

Código de Sede

Nº de Inscripción

Código de Carrera

Apellido y Nombre del Alumno: _____

Inscrito por art. 7 Ley 24521 _____ Fecha de Inscripción ____/____/____

Control de documentación requerida para el ingreso:
 fotocopia de DNI fotocopia legalizada del Título foto certificado apto médico

Apellido responsable de control de la ficha: _____