

VNIVERSITAS
ESTVDIOS SVPERIORES
Incorporado a la Enseñanza Oficial (A-809)
Lavalle 1838 (1051) Capital Federal – Te: 4372-2107
www.info@universitas.edu.ar

Buenos Aires,.....de.....20.....

ALUMNO:.....

MATRÍCULA:.....

CARRERA.....

INSCRIPCIÓN CONDICIONAL

Nos dirigimos a usted con la finalidad de hacerle conocer la documentación necesaria para su legajo:

1. TODOS LOS ALUMNOS DEBERÁN PRESENTAR:

a) Original y Fotocopia del Título Secundario y Analítico (Los Títulos Secundarios y Analíticos emitidos fuera del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires (provincias en general) deberán estar legalizadas por:

- Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires
- Ministerio del Interior

b) Fotocopia de DNI

c) 3 Fotos 4x4

2. Los alumnos de las carreras **de Instrumentación Quirúrgica, Pericias Forenses, Esterilización y Radiología**, deberán presentar para realizar las prácticas hospitalarias requeridas:

a) Certificado Físico

b) Certificado Psicológico

c) Vacuna Hepatitis B

d) Vacuna Antitetánica

3. Plazo de Entrega de la Documentación: **20 días posteriores al día de inicio del Ciclo Lectivo.**

4. El alumno que adeude alguna documentación de lo referido en los puntos anteriores, será considerado ALUMNO CONDICIONAL Y NO PODRÁ RENDIR NINGÚN FINAL hasta dar cumplimiento de lo requerido.

NOTIFICADO: (firma y fecha).....

ACLARACIÓN:

SOLO PARA ALUMNOS EXTRANJEROS

- Es obligación iniciar los trámites ante la DIRECCIÓN NACIONAL DE MIGRACIONES (DNM), a fin de regularizar su situación migratoria en el país.
- El Título Secundario deberá ser convalidado.

NOTIFICACIÓN Y ACLARACIÓN: (firma y fecha).....

UNIVERSITAS ESTUDIOS SUPERIORES
Incorporado a la Enseñanza Oficial A-809

Lavalle N° 1838 - (c1051ABB) Ciudad autónoma de Buenos Aires - (011) 4372-2107/4373/3199
secretaria@universitas.edu.ar

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Datos del alumno

Apellido y Nombres:

DNI. N°: Matrícula:

Certifico haber examinado al alumno de referencia, el cual se encuentra:

APTO / NO APTO FISICAMENTE *

* tachar lo que no corresponda

Para ejercer la carrera de:

(Marcar con una Cruz la carrera correspondiente)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Técnico Radiológico | <input type="checkbox"/> Pericias Forenses |
| <input type="checkbox"/> Instrumentador Quirúrgico | <input type="checkbox"/> Esterilización |

...../...../.....
(fecha)

.....
(firma y Sello del Profesional)

Datos del Profesional Interviniente:

Domicilio:

Teléfono:

UNIVERSITAS ESTVDIOS SVPERIORES
Incorporado a la Enseñanza Oficial A-809

Lavalle N° 1838 - (c1051ABB) Ciudad autónoma de Buenos Aires - (011) 4372-2107/4373/3199
secretaria@universitas.edu.ar

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA

Datos del alumno

Apellido y Nombres:.....

DNI. N°:..... Matrícula:.....

Certifico haber examinado al alumno de referencia, el cual se encuentra:

APTO / NO APTO PSICOLOGICAMENTE *

* tachar lo que no corresponda

Para ejercer la carrera de:

(Marcar con una Cruz la carrera correspondiente)

Técnico Radiológico

Pericias Forenses

Instrumentador Quirúrgico

Esterilización

...../...../.....
(fecha)

.....
(firma y Sello del Profesional)

Datos del Profesional Interviniente:

Domicilio:.....

Teléfono:.....