DATOS DE LA / DEL ALUMNA/O - PACIENTE

CUIL: 27-50221670-3

Apellido y Nombre: WEHT KIARA JAZMIN

Fecha de Nacimiento: 05-04-2010

Teléfono: 0351-2736096

Correo Electrónico: KIJAWE@GMAIL.COM

DATOS DE ESCOLARIDAD

Ciclo Lectivo: 2024

Tipo de Certificado: ESCOLAR

Nivel: SECUNDARIO / POLIMODAL

Grado/Año: 3

DATOS DE LA ESCUELA / CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL / CENTRO DE CAPACITACIÓN / INSTITUTO / UNIVERSIDAD / ESCUELA DIFERENCIAL

Nombre del Establecimiento Educativo:

INSTITUTO "SAUL A. TABORDA"

Nombre del Curso / Carrera:

3A

¿Incorporado a la Enseñanza Oficial? (Marque con una cruz)

¿Es Alumna/o Regular? (Marque con una cruz)

Clave Única de Establecimiento (CUE):

140367200

Nº de REGICE:

Fecha de Inicio Ciclo Lectivo / Curso:

260224

Fecha de Emisión:

130324

VALERIA ETHEL YAZBEK
SECRETARÍA

Firma y Sello Director/a o Responsable

INSTITUTO
"SAUL A. TABORDA"
ADSCRITO A LA PROVINCIA
LEY NACIONAL 24049/01
LEY PROVINCIAL 8253/92
DISP. MOSCOSO Y PERALTA 2772
CERRO DE LAS ROSAS

DATOS DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN / MAESTRA/O PARTICULAR / TALLER PROTEGIDO / FORMACIÓN LABORAL

Nombre del Instituto de Rehabilitación / Maestra/o Particular /
Profesional Médico/a / Talleres Protegidos / Formación Laboral:

Fecha de Inicio Rehabilitación /
Enseñanza Particular:

CUIL / CUIT de la /del Profesional o Instituto:

Tipo de Matrícula

MM MN MP LE

Nº de Matrícula, Legajo o Registro de la / del Profesional / Maestra/o Particular:

Fecha de Emisión:

Firma y Sello de la / del Profesional / Maestro/a Particular o
Responsable del Instituto

USO EXCLUSIVO ANSES

Fecha de Recepción:

Firma, Aclaración y Legajo de Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

OBSERVACIONES