



FACULTAD
REGIONAL
PARANA

REGISTRO GENERAL DEL ALUMNO (RGA)

ESPECIALIDAD EN LA QUE SE INSCRIBE: ELECTRONICA ELECTROMECHANICA CIVIL

DATOS PERSONALES

APELLIDO: _____ NOMBRES: _____

TIPO DOC.: DNI _____ Nº DOC.: _____ CUIT/CUIL: _____

PASAPORTE: _____ C.I.: _____

GRUPO SANGUINEO _____ FACTOR RH _____ SEXO MASCULINO
FEMENINO

IDENTIDAD DE GENERO GAY
MUJER TRANSEXUAL BISEXUAL
MUJER TRANS TRANSGENERO NO BINARIE
LESBIANA VARON GENERO FLUIDO
TRAVESTI VARON TRANS PREFIERO NO RESPONDER
NINGUN ANTERIOR *

* ESPECIFIQUE: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FEC DE NAC: _____

AÑO INGRESO A UTN: _____ MODALIDAD DE CURSADO SEMIPRESENCIAL PRESENCIAL

FORMA DE INGRESO A LA FACULTAD

CURSO/EXAMEN PASE DE OTRA FACULTAD EQUIVALENCIA

DOMICILIO ACTUAL DEL ALUMNO

CALLE: _____ PISO _____ DPTO. _____

LOCALIDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

PROVINCIA: _____ TEL.: _____

EMAIL: _____ CEL.: _____

DOMICILIO DURANTE EL PERIODO LECTIVO

CALLE: _____ PISO _____ DPTO. _____

LOCALIDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

PROVINCIA: _____ TEL.: _____

ESTUDIOS SECUNDARIOS

TECNICO AÑO DE EGRESO _____ RINDIO SI
NO TECNICO ESC. SECUNDARIA _____ INGRESO NO



FACULTAD
REGIONAL
PARANA

REGISTRO GENERAL DEL ALUMNO (RGA)

TITULO SECUNDARIO Y ORIENTACION:

ESCUELA SECUNDARIA DE LA QUE EGRESA:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

PAIS: Argentina



FACULTAD
REGIONAL
PARANA

REGISTRO GENERAL DEL ALUMNO (RGA)

OTROS ESTUDIOS SECUNDARIOS O SUPERIORES PREVIOS

FINALIZO <input type="checkbox"/>	CARRERA:
ABANDONO <input type="checkbox"/>	
CONTINUA <input type="checkbox"/>	INSTITUCION:

DATOS LABORALES

TRABAJA	HORAS SEMANALES	RELACION CON LA ESPECIALIDAD
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 A 20 <input type="checkbox"/>	RELACION TOTAL <input type="checkbox"/>
PRESENTÓ CERTIFICADO	21 A 35 <input type="checkbox"/>	RELACION PARCIAL <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MAS DE 35 <input type="checkbox"/>	SIN RELACION <input type="checkbox"/>
		SIN OCUPACION <input type="checkbox"/>

NIVEL DE INSTRUCCION DE LOS PADRES

	PADRE	MADRE	POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD
No curso estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Primario incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Primario completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de poseer indique cual (adjuntar certificado). DESCRIPCIÓN:
Secundario incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secundario completo	<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"/>	
No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No dispone de información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DECLARO CONOCER: ORD. N°1549 (REGLAMENTO DE ESTUDIOS) , PLAN DE ESTUDIOS Y REGIMEN DE CORRELATIVIDADES DE LA CARRERA ELEGIDA.

FECHA:

FIRMA DEL ALUMNO