



U.E.G.P.. Nº 55 - DON ORIONE

Nivel Superior

P. Arturo A. Mustacchio N° 255

Pcia. Roque Sáenz Peña - CHACO

Solicitud de Inscripción

CARRERA \_\_\_\_\_

Datos del Alumno

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

Domicilio Real: \_\_\_\_\_

Domicilio transitorio en esta ciudad: \_\_\_\_\_

T.E. fijo \_\_\_\_\_ T.E. celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Título secundario obtenido: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_

**En caso de urgencia comunicarse con:**

\_\_\_\_\_

SR. RECTOR:

El/la que suscribe, cuyos datos personales anteceden, solicita a Ud., su inscripción y acompaño la siguiente documentación:

- 01 - Fotocopia autenticada del Certificado de Estudios secundarios...o.....
- 02 - Constancia de terminación de estudios secundarios
- 03 - Fotocopia de la Partida de Nacimiento.....
- 04 - Dos (2) fotocopias de D.N.I.....
- 05 - Certificado de Buena Salud y Aptitud Psico-física.....
- 06 - Dos (2) fotografías 4 x 4 fondo blanco (de frente).....
- 07 - Convenio Servicio Educativo.....
- 08 - Reglamento Interno.....
- 09 - Comprobante pago de Inscripción...

Sello de pago

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesad

\_\_\_\_\_



U.E.P.N° 55 "Don Orione"

Nivel Superior

**Datos del Alumno**

Apellido/s Nombre/s	
¿Trabaja?	SI NO Ocupación y Lugar
En caso de no trabajar ¿quién paga sus estudios	
Estado Civil	Hijos SI / NO ¿Cuántos?
Profesa alguna religión? ¿Cuál?	
Posee algún beneficio social- Indique Cual y de que organismo	Beca – Asignación - Salario
Pertenece algún Pueblo Originario	

**Datos del padre**

Apellido/s Nombre/s			
Lugar y fecha de nacimiento			
DNI N°	Vive	SI / NO	
Dirección - Localidad			
Teléfono			
Ocupación /Lugar			
Nivel de Instrucción (marque lo que corresponda)			
Profesa alguna religión? ¿Cuál?			
Sin instrucción escolar	Secundario Completo	Nivel. Superior Completo	Universitario Completo
Primario incompleto	Secundario Incompleto	Nivel. Superior Incompleto	Universitario Incompleto

**Datos de la madre**

Apellido/s Nombre/s			
Lugar y fecha de nacimiento			
DNI N°	Vive	SI / NO	
Dirección - Localidad			
Teléfono			
Ocupación /Lugar			
Nivel de Instrucción (marque lo que corresponda)			
Profesa alguna religión? ¿Cuál?			
Sin instrucción escolar	Secundario Completo	Nivel. Superior Completo	Universitario Completo
Primario incompleto	Secundario Incompleto	Nivel. Superior Incompleto	Universitario Incompleto

¿Por qué eligió este instituto?
¿Realizo alguna carrera del Nivel Superior o Universitario?



**U.E.G.P. N° 55 - DON ORIONE**  
*Nivel Superior*  
*Pcia. Roque Sáenz Peña – CHACO*

## **Convenio de Servicio Educativo**

*Pcia. Roque Sáenz Peña (Chaco), .....de.....de 2023*

### **PARTES:**

- a) La U.E.P. N° 55 - "Don Orione" Nivel Superior, representada en este acto por el **Padre Gustavo Aime**, Representante Legal, con domicilio en Padre Arturo Mustacchio 255 de la ciudad de Pcia. Roque Sáenz Peña, Provincia del Chaco,
- b) El Padre, tutor o alumno \_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_  
con domicilio \_\_\_\_\_  
conviene en celebrar el presente Convenio de Servicio Educativo.

### **OBLIGACIONES DE LA U.E.P. N° 55 – Instituto "Don Orione"**

Impartir la enseñanza programática al/la alumno/a \_\_\_\_\_  
Dni N°: \_\_\_\_\_  
Inscrito en la carrera \_\_\_\_\_

### **OBLIGACIONES DEL PADRE, TUTOR O ALUMNO BENEFICIARIO DEL CONVENIO EDUCATIVO:**

- a) Ajustarse a las exigencias normativas del Reglamento Interno de la Obra "Don Orione": Actuación N° 7496/78 – Ministerio de Cultura y Educación, Superintendencia Nacional de Enseñanza Privada.
- b) Ajustarse a las cláusulas normativas de la U.E.G.P. N° 55 – Instituto "Don Orione"
- c) Anualmente deberá abonarse una matrícula
- d) Deberá abonarse, mensualmente, antes del día 10 de cada mes, conforme a las obligaciones contraídas al momento de la inscripción.
- e) En caso de abandono de la carrera o término del cursado, comunicar, mediante nota a la Administración a fin de no generar cuotas impagas. De no comunicarse en tiempo y forma deberá abonar todo el año.

### **RECONOCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN:**

- El tutor o alumno mayor de edad abona al inscribirse, el importe correspondiente a Derecho de Inscripción (Matrícula) y se compromete en abonar ocho (8) cuotas en las fechas y forma antes indicada.

### **MORA DE PLENO DERECHO Y CADUCIDAD DE PLAZOS:**

- a) Las partes pactan los plazos al: 10/04, 10/05, 10/06, 10/07, 10/08, 10/09, 10/10, 10/11, durante los años de cursado de la carrera.
- b) La falta de pago de más de dos mensualidades hará caducar de pleno derecho todos los plazos acordados, pudiendo la acreedora reclamar la misma como si se tratara de una obligación de plazo vencido, devengando a partir del vencimiento de cada una de las cuotas pactadas, una tasa de interés anual equivalente a una vez y media la que cobre el Banco de la Nación Argentina para sus operaciones de descuento de documentos a treinta días.

### **CAMBIO DE DOMICILIO:**

El Padre, tutor o alumno se compromete a informar cualquier cambio de domicilio real a efectos de las notificaciones, si no lo hiciera, las notificaciones serán válidas en el domicilio declarado

En prueba de conformidad, se firma dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma Alumno /Tutor

**CERTIFICADO DE APTITUD PSÍQUICA Y FÍSICA**

Todos los ingresantes de la U.E.G.P. N° 55 "Don Orione" de Nivel Superior, están obligados a cumplimentar un examen físico previo a la admisión, realizado por una autoridad médica competente. Dicha información se mantendrá confidencialmente en los archivos.

**INFORME FÍSICO PERSONAL**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: ..... D.N.I. O L.E. O L.C.: .....  
 DOMICILIO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....  
 ESTADO CIVIL: ..... ZONA DE RESIDENCIA: .....

**HISTORIA FÍSICO PERSONAL:**

Manifiesta algún problema:	SI	NO	Actualmente/ Con anterioridad
AUDITIVO ¿Cuál?			
VISUAL ¿Cuál?			
MOTRIZ ¿Cuál?			
Posee alguna discapacidad SI/NO			
Si posee indicar cuál (Adjuntar historia clínica)			

Padece o padeció de las siguientes enfermedades (Indicar con una cruz)	SI	NO	Actualmente/ Con anterioridad
ASMA BRONQUIAL			
CONVULSIONES			
DIABETES			
DOLOR DE CABEZA SEVERO			
ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS			
FIEBRE REUMÁTICA			
PRESIÓN ARTERIAL			
PROBLEMAS CARDIACOS			
PROBLEMAS DE COAGULACIÓN			
PROBLEMAS RESPIRATORIOS			
TUBERCULOSIS			
VÉRTIGOS O MAREOS			
Señalar otros que no se encuentren en la lista nombrado:			
Padece o padeció algunas de las siguientes situaciones: (Indicar con una cruz)	SI	NO	Año en el que ocurrió
AMIGDALECTOMIA			
APENDICECTOMÍA			
FRACTURAS			
OPERADO DE HERNIA			
TRANSFUSIONES			
TRAUMATISMO DE COLUMNA			
TRAUMATISMO DE CRÁNEO			
OTRA OPERACIÓN SERIA:			

<p>Consignar GRUPO SANGUÍNEO y FACTOR</p>
<p>Toma MEDICAMENTOS de forma permanente: SI / NO Indique el/los nombre/s:</p>
<p>Presenta REACCIÓN ALÉRGICA a: Suero: SI / NO Drogas: SI / NO Otros: .....</p> <p>Si su contestación es afirmativa, indicar el nombre y el tipo de reacción:</p>

<p>Presenta cobertura de salud a través de una mutual o seguro de enfermedades: SI / NO En caso afirmativo consignar:</p>				
<table border="1"> <tr> <td>Compañía o Mutual</td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° de afiliado</td> <td></td> </tr> </table>	Compañía o Mutual		N° de afiliado	
Compañía o Mutual				
N° de afiliado				
<p>Médico de cabecera:</p>				

<p>En caso de emergencia avisar a:</p>								
<table border="1"> <tr> <td>Apellido y nombre</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tel/Cel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirección</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parentesco</td> <td></td> </tr> </table>	Apellido y nombre		Tel/Cel		Dirección		Parentesco	
Apellido y nombre								
Tel/Cel								
Dirección								
Parentesco								

**PARA EL MÉDICO:**

Por favor, revise la historia personal del estudiante y anote en el casillero de RECOMENDACIONES.  
Estos antecedentes son necesarios para cada caso, en que el estudiante necesite cuidado de emergencia, tanto como una información para rutinas médicas y medidas de Salud Pública.

CERTIFICO: Que .....  
de .....años, DNI N° .....Nacionalidad.....  
de acuerdo a los exámenes realizados SE ENCUENTRA FÍSICAMENTE APTO para ingresar a carreras de Nivel Superior y fue notificado/a de las conclusiones de la evaluación médica practicada.

Se extiende la presente en....., a los .....días del mes de  
.....del año.....

SELLO  
SALUD PÚBLICA

.....

**CERTIFICADO DE APTITUD PSÍQUICA**

**CAPACIDAD PSÍQUICA:**

CONSTE Que de acuerdo a la evaluación al momento del examen se concluye que .....  
.....  
de.....años de edad, DNI N° .....  
SI POSEE - NO POSEE la capacidad psíquica para cursar la carrera de.....  
SI -NO requiere otras evoluciones.....  
.....  
.....

Firma y aclaración del interesado

Firma y sello del Profesional