ANSES

38959529

PS 2.68 Acreditación de Escolaridad / Escolaridad Especial / Formación

DATOS DE LA / DEL ALUMNA/O – PACIENTE

CUIL: **20-47109091-4** Apellido y Nombre: **ESTERCHE FABRICIO LUIS** Fecha de Nacimiento: **06-07-2006**

Teléfono: **3741-403847** Correo Electrónico: **ELIBRAIS29@GMAIL.COM**

DATOS DE ESCOLARIDAD

Ciclo Lectivo: **2024** Tipo de Certificado: **SUPERIOR** Nivel: **UNIVERSITARIO** Grado/Año:

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

Nombre del Establecimiento Educativo:

Nombre del Curso / Carrera:

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

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

Clave Única de Establecimiento (CUE):

Nº de REGICE:

Fecha de Inicio Ciclo Lectivo / Curso:

Fecha de Emisión:

Firma y Sello Director/a o Responsable

Sello del Establecimiento

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