ANSES

**42575080**

PS 2.68 Acreditación de Escolaridad / Escolaridad Especial / Formación

## DATOS DEL ALUMNO – PACIENTE

CUIL: **27-48087036-6** Apellido y nombre: **GOMEZ YUSMARYS AMIGAIL** Fecha de nacimiento: **19-08-2007**

Teléfono: **3764-216652** Correo electrónico: **LEARAMIGAIL@GMAIL.COM**

## DATOS DE ESCOLARIDAD

Ciclo lectivo: **2023** 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:**

**Nombre del curso / carrera:**

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

☐ **¿Es alumno 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 / Responsable

Sello del establecimiento

## DATOS DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN / MAESTRO PARTICULAR / TALLER PROTEGIDO / FORMACIÓN LABORAL

**Nombre del Instituto de Rehabilitación / Maestro particular / Profesional médico / Talleres protegidos / Formación laboral:**

**Fecha de inicio rehabilitación / Enseñanza Particular:**

**CUIT / CUIL del profesional o Instituto:**

**Tipo de matrícula**

○ **MM** ○ **MN** ○ **MP** ○ **LE**

**Número de matrícula o registro profesional / Maestro particular:**

**Fecha de emisión:**

Firma y sello del profesional / Maestro particular o Responsable del Instituto

## USO EXCLUSIVO ANSES

**Fecha de recepción:**

Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

Sello de recepción de ANSES

## OBSERVACIONES