



Información laboral:

¿Trabaja actualmente? Si No En caso afirmativo, ¿cuál es su ocupación?

Lugar de trabajo: Desde: Hasta:

Cuál es el tipo de contratación laboral? Relación de dependencia Trabajador por cuenta propia/independiente

Pasantía laboral Profesional autónomo Propietario de comercio-pyme

¿Busca trabajo? Si No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace que busca trabajo?

Menos de 3 meses Entre 3 y 6 meses Entre 6 meses y 1 año Más de 1 año

Salud: ¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma / Broncoespasmos a repetición | <input type="checkbox"/> Falta o no funcionamiento de algún órgano | <input type="checkbox"/> Quemaduras moderadas o severas |
| <input type="checkbox"/> Celiaquía | <input type="checkbox"/> Enfermedad oncohematológica | <input type="checkbox"/> Problemas de piel |
| <input type="checkbox"/> Problemas / Condiciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos | <input type="checkbox"/> Alergias graves |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas | <input type="checkbox"/> ¿Fue internada/o alguna vez? |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación | <input type="checkbox"/> ¿Fue operada/o alguna vez? |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | | <input type="checkbox"/> ¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones sanguíneas | | Si lo desea puede detallar: |

¿Hay algún otro tema médico/de salud que desee informar?

RESTRICCIONES JUDICIALES (A completar solo en caso de menores de edad)

Responsable del/la estudiante: Apellido: Nombre: DNI:

Restricción:

Documento judicial recepcionado: Vigencia de la medida:

EXPECTATIVAS

¿Cuál es la principal razón por la que se inscribió en este curso/trayecto (elija solo una respuesta):

Conseguir o cambiar de trabajo: Obtener un certificado-título: Ocupar mi tiempo libre:

Mejorar y actualizar mis conocimientos: Tener un oficio para trabajar independiente:

El curso o trayecto en el que se inscribió, ¿está vinculado con su trabajo actual? Si: ... No:

¿Considera que el curso o trayecto que va a realizar le permitirá cambiar su condición laboral? (conseguir un trabajo, lograr un ascenso, etc.) Si: ... NO:

¿Cómo supone que será el nivel de contenidos que se recibirá en el curso?

Muy bueno: Bueno: Regular: No sabe:

¿Cómo imagina que será la experiencia de formación con los/as docentes y compañeros/as?

Muy buena: Buena: Regular: No sabe:

Defina en una palabra lo que espera de este curso:

¿De qué manera accedió a la información sobre la inscripción a este curso?

Recomendación de amigo-familiar: Cercanía a la institución: Sitio web: Folletos:

Publicaciones en redes sociales: Instagram: Facebook: Twitter: ... Otros:

¿Encontró en el establecimiento el curso en el que le interesaba inscribirse? Si: ... NO:

¿Cuál era el curso que le interesaba?

¿Encontró en el CFP otras ofertas de cursos de su interés? Si: ... NO: ¿Cuál/es?

¿Realizó otro/s cursos o trayectos formativos? Si: ... NO: ¿Cuál/es?

¿En este establecimiento? Si: ... NO: ¿Finalizó el/los curso/os? Si: ... NO:

¿Nos autoriza a enviarle información y /o novedades de nuestro CFP? SI NO

DATOS DE FAMILIAR / TUTOR: (Completar sólo los menores de 18 años)

Parentesco: Madre: Padre: Tutor / Responsable: OTROS:

Apellido y Nombres: Tipo de Doc.:..... N°:

Domicilio: (Solo si fuera distinta a la del alumno): Calle:.....N°: Piso:.... Dpto:....

Manzana: Casa: Localidad: Código Postal: Teléfono/s:

EMERGENCIA MÉDICA Y BIOSEGURIDAD

¿Autoriza al CFP a llamar a la EMERGENCIA MEDICA en caso de que la necesitara? SI: NO:

Si es menor de 18 años deberá firmar su padre/ madre o tutor.

ME NOTIFICO DE QUE DEBERÉ CONOCER Y CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD QUE INFORME EL CFP.

.....
 FIRMA DE ESTUDIANTE

.....
 FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

La totalidad de los datos e información suministrada por quien / es suscriben la presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los abajo firmantes se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente. Firmamos con conformidad la normativa del Centro y el compromiso del alumno.

.....
 FIRMA DE ESTUDIANTE

.....
 FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR

.....
 ACLARACION

.....
 TIPO Y N° DE DOC. DEL FLIAR.