



**INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
"Juan José Gualberto Pisarello"**

Ayacucho 351 - Quitilipi (3530) Chaco

E-mail: inspisarello@gmail.com



**REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN
PROFESORADO PARA LA EDUCACIÓN PRIMARIA**

1. L.U.A. (Legajo Único del Alumno) completo.
2. Fotocopia D.N.I. 1º y 2º hoja, autenticada por escribano o juez (actualizado)
3. Fotocopia de Acta de Nacimiento autenticada por escribano o juez.
4. Fotocopia del título autenticada o constancia título en trámite.
5. Certificado de domicilio actualizado.
6. Certificado de conducta.
7. Fotocopia C.U.I.L.
8. 2 Fotos carnet fondo blanco (4 cm x 4 cm).
9. Fotocopia Grupo sanguíneo.
10. Carpeta colgante.
11. Aporte Voluntario.

UNIDADES CURRICULARES Y SEMINARIOS 1º AÑO

1. Pedagogía
2. Alfabetización Académica
3. Didáctica General
4. Psicología de la Educación
5. Matemática
6. Lengua
7. Literatura
8. Sujetos de la Educación Primaria
9. Práctica Docente I



**INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
"Juan José Gualberto Pisarello"**

Ayacucho 351 - Quitilipi (3530) Chaco

E-mail: inspisarello@gmail.com



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

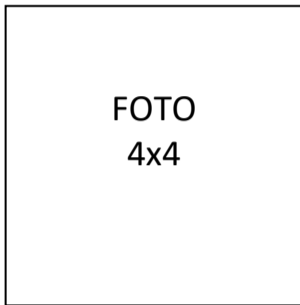


FOTO
4x4

Sra. Rectora
Lic. Laura C. Cayré
Su Despacho:

Quien suscribe solicita a Ud. la inscripción a 1er año del Profesorado

.....

Saluda a Ud. muy atentamente.

Lugar y fecha:

.....

Firma

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE:

Apellidos:.....

Nombres (completos):

Domicilio: Localidad:

E-mail: Teléfono:

Lugar de nacimiento: Fecha: /..... /

Nacionalidad: D.N.I. N°..... CUIL:

Grupo sanguíneo: Factor R.H:

Título que posee:

.....

Expedido por (institución):

Año de egreso:



**INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
"Juan José Gualberto Pisarello"**

Ayacucho 351 - Quitilipi (3530) Chaco

E-mail: inspisarello@gmail.com



OTROS DATOS DEL ASPIRANTE:

Percibe Asignación Familiar SI NO Percibe Salario Familiar SI NO

Pertenece a Pueblo Originario SI NO

Posee Discapacidad SI NO

Tipo de discapacidad:

Con seguimiento docente Estatal Privado

Sin seguimiento docente

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL ASPIRANTE:

Documentación	SI	NO
Fotocopia autenticada D.N.I. 1º y 2º hoja		
Fotocopia autenticada de Acta de Nacimiento		
Fotocopia autenticada del título		
Constancia título en trámite		
Certificado de domicilio actualizado		
Certificado de conducta		
Fotocopia C.U.I.L.		
2 Fotos carnet fondo blanco		
Fotocopia Grupo sanguíneo		
Examen de Aptitud Física		

.....

Firma y aclaración del Bedel



**INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
"Juan José Gualberto Pisarello"**

Ayacucho 351 - Quitilipi (3530) Chaco

E-mail: inspisarello@gmail.com



CARRERA:

CURSO: **COMISIÓN:** **TURNO:**

Quitilipi, Chaco, de de

A la Rectora del
Instituto de Educación Superior
"Juan José Gualberto Pisarello"
Lic. Laura C. Cayré:

El/la que suscribe

D.N.I. N°, solicita a Ud. se lo inscriba para el cursado de los siguientes espacios curriculares de 1° año.

N°	Nombre de la unidad curricular	Año a cursar	Condición del cursado (marcar con una X)		
			Presencial	Semi-presencial	Libre
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Saludo a Ud. muy atentamente.

Firma Aspirante:

Aclaración:



**INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
"Juan José Gualberto Pisarello"**

Ayacucho 351 - Quitilipi (3530) Chaco

E-mail: inspisarello@gmail.com



EXAMEN DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA INGRESO

APELLIDOS Y NOMBRES:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

- 1. EDAD:
 - 2. ASPECTO GENERAL:
 - 3. APARATO LOCOMOTOR:
 - 4. APARATO CARDIOVASCULAR:
 - 5. ENFERMEDADES DE LA SANGRE:
 - 6. APARATO RESPIRATORIO:
 - 7. APARATO DIGESTIVO:
 - 8. APARATO URINARIO:
 - 9. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD:
 - 10. AFECCIONES NEUROLÓGICAS:
 - 11. ENFERMEDADES DE LA PIEL:
 - 12. ENFERMEDADES ENDÓCRINAS:
 - 13. ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN:
 - 14. AFECCIONES OFTALMOLÓGICAS:
 - 15. AFECCIONES DEL OIDO: Hipoacusia irrecuperable: SI – NO
 - 16. TRASTORNOS DE LA VOZ: Disfonía irreversible: SI - NO
 - 17. TRASTORNOS DE LA PALABRA: Hipoacusia irrecuperable: SI - NO
 - 18. ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS:
 - 19. AFECCIONES DEL APARATO MASTICATORIO:
- Caries..... piezas dentales ausentes:.....

_____ De acuerdo al examen efectuado, el aspirante APTO para ingresar a la carrera del profesorado

Sello hospital
o sala

.....
Firma del médico