



**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 SECUNDARIA EN QUÍMICA**

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. Fundamentos en Química
5. Física I
6. Matemática y Estadística
7. Sujeto de la Educación Secundaria
8. Práctica Docente I



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

Ayacucho 351 - Quitilipi (3530) Chaco

E-mail: inspisarello@gmail.com



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



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