

Anexo I - Res. Nº 126/03 - CD - Razones laborales para acceder al sostenimiento del hogar.

Apellido y Nombre:

Reg. Nº:

1. Grupo familiar primario con el convive (acompañar documentación probatoria)

Parentesco	Apellido y Nombre	Documento	Domicilio	Obra Social	Fecha de Nacimiento	Discapacidad si/no	Ingresos

2. Acompañar factura de últimos servicios pagados (luz, agua, teléfono)

3. Descripción de la fecha y causas que motivaron esta afectación del estudiante.

4. Estimación del tiempo que durará esta situación.

5. Indique si este formulario es llenado por primera vez o señale el número que corresponda: _____

Los contenidos arriba vertidos lo son en carácter de Declaración Jurada, susceptibles de verificación a criterio de la Facultad, comprometiéndome a informar fehacientemente a esta Unidad Académica cualquier cambio de situación dentro de las 48 horas de producida, declarando conocer el contenido y alcance de la Ordenanza Nº 13/02 - C.D. En prueba de conformidad firmo a continuación.

Fecha: _____

Firma (1)

(1) Certificada por el/la Director/a de Alumnos.

Anexo III - Res. Nº 126/03 - CD - Razones de salud de algún familiar.

Apellido y Nombre:

Reg. Nº:

1. Grupo familiar primario.

Parentesco	Apellido y Nombre	Documento	Domicilio	Obra Social	Fecha de Nacimiento	Discapacidad si/no	Ingresos

Identificación del familiar que debe atender: _____

Debe acompañar historia clínica firmada por el médico tratante: debe justificar la necesidad de una atención permanente por parte de una persona y el grado de idoneidad requerido para la misma: cantidad de horas por día, duración estimada de la atención en el tiempo. (Puede presentarse por separado).

Declaro bajo juramento que no existe otra persona que pueda cumplir o compartir esta tarea. El tiempo que me ocupa no me permite estudiar y alcanzar rendimiento satisfactorio.

2. Indique si este formulario es llenado por primera vez o señale el número que corresponda: _____

Los contenidos arriba vertidos lo son en carácter de Declaración Jurada, susceptibles de verificación a criterio de la Facultad, comprometiéndome a informar fehacientemente a esta Unidad Académica cualquier cambio de situación dentro de las 48 horas de producida, declarando conocer el contenido y alcance de la Ordenanza Nº 13/02 - C.D. En prueba de conformidad firmo a continuación.

Fecha: _____

Firma (1)

(1) Certificada por el/la Director/a de Alumnos.

Anexo II- Res. N° 126/03 - CD - Razones de salud particular.

Apellido y Nombre:

Reg. N°:

Debe acompañar historia clínica firmada por el médico tratante: debe indicar la enfermedad (salvo de estar protegida por el secreto profesional) y justificar la necesidad de tener o haber tenido que discontinuar la carrera universitaria; tiempo que demanda el tratamiento de recuperación diariamente, cantidad de días de reposo, internación estando contraindicado el estudio, estimación del plazo de recuperación, indicación de la posibilidad de recaídas en la misma situación, etc.

Indique si este formulario es llenado por primera vez o señale el número que corresponda: _____

Los contenidos arriba vertidos lo son en carácter de Declaración Jurada, susceptibles de verificación a criterio de la Facultad, comprometiéndome a informar fehacientemente a esta Unidad Académica cualquier cambio de situación dentro de las 48 horas de producida, declarando conocer el contenido y alcance de la Ordenanza N° 13/02 - C.D. En prueba de conformidad firmo a continuación.

Fecha: _____

Firma (1)

(1) Certificada por el/la Director/a de Alumnos.