

**Anexo I -Res. N° 126/03-CD -Razones laborales para acceder al sostenimiento del hogar**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Reg. N° \_\_\_\_\_

**1. Grupo Familiar Primario con el que convive (Acompañar documentación probatoria)**

| Parentesco | Apellido y Nombre | Documento | Domicilio | Obra Social | Fecha Nacimiento | Discapacidad sí / no | Ingresos |
|------------|-------------------|-----------|-----------|-------------|------------------|----------------------|----------|
|            |                   |           |           |             |                  |                      |          |
|            |                   |           |           |             |                  |                      |          |
|            |                   |           |           |             |                  |                      |          |
|            |                   |           |           |             |                  |                      |          |
|            |                   |           |           |             |                  |                      |          |
|            |                   |           |           |             |                  |                      |          |

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 esa 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) Esta firma tiene que ser certificada por el Director de Alumnos.



FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

*[Handwritten signature]*

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 las autoridades de la Facultad, comprometiéndome a informar fehacientemente a esa 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-CD. En prueba de conformidad firmo a continuación.

Fecha: .....

Firma (1)

(1) Esta firma tiene que ser certificada por el Director de Alumnos.



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

SA

**Anexo III -Res. N° 126/03-CD. -Razones de salud de algún familiar**

Apellido y Nombre:

Reg. N°

**1. Grupo Familiar Primario**

| Parentesco | Apellido y Nombre | Documento | Domicilio | Fecha Nacimiento | Discapacidad sí / no | Ingreso |
|------------|-------------------|-----------|-----------|------------------|----------------------|---------|
|            |                   |           |           |                  |                      |         |
|            |                   |           |           |                  |                      |         |
|            |                   |           |           |                  |                      |         |
|            |                   |           |           |                  |                      |         |

Identificación del pariente 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 por 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, suceptibles de verificación a criterio de las autoridades de la Facultad, comprometiéndome a informar fehacientemente a esa 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-CD. En prueba de conformidad firmo a continuación.

Fecha: .....

Firma (1)

(1) Esta firma tiene que ser certificada por Dirección Alumnos.



FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

*[Handwritten signature]*