

ANSES**Formulario**
PS. 2.68**Acreditación de escolaridad /
Escolaridad especial / Formación****Frente****Datos del alumno - paciente**

| | | |
|-----------------------|-------------------------|---------------------|
| CUIL | Apellido(s) y nombre(s) | |
| Teléfono | Correo electrónico | Fecha de nacimiento |
| Domicilio de contacto | | |

Datos de escolaridad

| | | | |
|--|--|---|---|
| Ciclo lectivo | | | |
| Tipo de certificado (seleccionar el que corresponda) | | | |
| Escolar <input type="checkbox"/> Inicial / Jardín <input type="checkbox"/> Primaria / EGB <input type="checkbox"/> Grado <input type="text"/> Secundaria / Polimodal <input type="checkbox"/> Año <input type="text"/> | Formación / Superior <input type="checkbox"/> Formación profesional <input type="checkbox"/> Curso de capacitación <input type="checkbox"/> Terciario <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> | Escolar diferencial <input type="checkbox"/> | Especial <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Maestro particular <input type="checkbox"/> Taller protegido <input type="checkbox"/> Formación laboral <input type="checkbox"/> |
| Provincia del establecimiento o instituto al cual asiste: | | | |

Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto / Universidad / Escuela diferencial

| | |
|--|--|
| Nombre del establecimiento educativo: | |
| Nombre del curso / carrera (1): | REGICE (Registro de Instituciones de Capacitación y Empleo) <input type="text"/> |
| ¿Incorporado a la enseñanza oficial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Clave Única de Establecimiento (CUE) y Anexo <input type="text"/> |
| ¿Es alumno regular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Fecha inicio ciclo lectivo / curso | |
| Fecha de emisión: / / | Firma y sello del Director o responsable |

Datos del tratamiento de rehabilitación / maestro particular / taller protegido / formación laboral

| | |
|---|---|
| Nombre del Instituto de rehabilitación / maestro particular / profesional médico / talleres protegidos / formación laboral: | |
| Fecha inicio rehabilitación / enseñanza particular | <input type="text"/> |
| CUIL / CUIT del profesional o instituto | <input type="text"/> |
| Tipo y nº de matrícula, legajo o registro del profesional / maestro particular | <input type="text"/> |
| Fecha de emisión: / / | Firma y sello del profesional, maestro particular o responsable del instituto |

Para uso exclusivo de ANSES

Fecha de recepción

____ / ____ / ____

Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

Sello de recepción en ANSES

ANSES**Formulario**
PS. 2.68**Acreditación de escolaridad /
Escolaridad especial / Formación**

Oficina de ANSES

Datos del alumno - paciente

| | | |
|------|---------------------|--------------------------|
| CUIL | Fecha de nacimiento | Apellido(s) y nombre(s): |
|------|---------------------|--------------------------|

Fecha de recepción

____ / ____ / ____

Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

Sello de recepción en ANSES

La presentación debe hacerse en ANSES, con original de la partida de nacimiento y DNI del alumno - paciente y DNI de los progenitores, previa solicitud de turno a través de anses.gob.ar o llamando al 130.

Instrucciones para completar el formulario

Datos del alumno - paciente:

Completar todos los datos solicitados: CUIL, apellido(s) y nombre(s), fecha de nacimiento, domicilio, teléfono y/o correo electrónico.

Datos de escolaridad:

Ciclo lectivo: indicar el año correspondiente al ciclo lectivo que se desea informar.

Qué tipo de certificado seleccionar:

- **Escolar:** si el alumno - paciente concurre a nivel Inicial / Jardín, Primaria EGB, Secundaria o Polimodal.
 - Si se indica nivel Primaria / EGB se debe completar el campo **Grado**.
 - Si se indica nivel Secundaria / Polimodal se debe completar el campo **Año**.
- **Formación/Superior:** si el alumno - paciente concurre a nivel curso de capacitación / formación profesional / terciario / universitario.
- **Escolar diferencial:** si el alumno - paciente concurre a una Escuela Diferencial.
- **Especial:** si el alumno - paciente concurre a rehabilitación, maestro particular, taller protegido o de formación laboral.

Provincia del establecimiento o del instituto al que asiste: indicar la provincia correspondiente.

Datos de la escuela / Centro de formación profesional / Centro de capacitación / Instituto / Universidad / Escuela Diferencial: debe completarse solo si se indicó en tipo de certificado: Escolar; Formación/Superior o Escolar diferencial

Los datos de este apartado deberán ser completados en su totalidad por el Director o responsable del establecimiento al que asiste el alumno.

(1) El campo Nombre del curso/carrera sólo deberá ser completado cuando se haya consignado Formación/Superior.

Datos del tratamiento de rehabilitación / maestro particular / taller protegido / formación laboral: deberá completarse únicamente en el caso que se haya consignado en tipo de certificado: especial.

Los datos de este rubro deben ser completados por la persona responsable que imparte el tratamiento de rehabilitación o el profesional médico o maestro particular.

Este formulario debe completarse con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

Observaciones