

DATOS DE LA / DEL ALUMNA/O - PACIENTE

CUIL 20-45801914-3

Apellido y Nombre **AVGUSTIN FRANCISCO TOMAS**

Fecha de Nacimiento **11-09-2004**

Teléfono **266-4505369**

Correo Electrónico **AVGUSTINFRANCISCO1@GMAIL.COM**

DATOS DE ESCOLARIDAD

Ciclo Lectivo **2023**

Tipo de Certificado **SUPERIOR**

Nivel **UNIVERSITARIO**

Grado/Año

DATOS DE LA ESCUELA / CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL / CENTRO DE CAPACITACIÓN / INSTITUTO / UNIVERSIDAD / ESCUELA DIFERENCIAL

Nombre del Establecimiento Educativo:

Universidad de La Punta

Nombre del Curso / Carrera:

Tec Univ Desarrollo Software

☒ ¿Incorporado a la Enseñanza Oficial? (Marque con una cruz)

☒ ¿Es Alumna/o Regular? (Marque con una cruz)

Clave Única de Establecimiento (CUE):

740068301

Nº de REGICE:

Fecha de Inicio Ciclo Lectivo / Curso:

150323

Fecha de Emisión:

221223

Lic. Fatima Centisani Piasta
Directora
Instituto de Ciencia y Tecnología
Universidad de La Punta
Firma y Sello Director/a o Responsable



DATOS DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN / MAESTRA/O PARTICULAR / TALLER PROTEGIDO / FORMACIÓN LABORAL

Nombre del Instituto de Rehabilitación / Maestra/o Particular / Profesional Médico/a / Talleres Protegidos / Formación Laboral:

Fecha de Inicio Rehabilitación / Enseñanza Particular:

CUIL / CUIT de la /del Profesional o Instituto:

Tipo de Matrícula

☐ MM ☐ MN ☐ MP ☐ LE

Nº de Matrícula, Legajo o Registro de la / del Profesional / Maestra/o Particular:

Fecha de Emisión:

Firma y Sello de la / del Profesional / Maestro/a Particular o Responsable del Instituto

USO EXCLUSIVO ANSES

Fecha de Recepción:

Firma, Aclaración y Legajo de Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

OBSERVACIONES