



SITUACIÓN OCUPACIONAL

¿Trabaja actualmente? Si: ... NO: En caso afirmativo, marque su ocupación:
 Trabajador en relación de dependencia: Trabajador por cuenta propia: Profesional autónomo:
 Propietario de comercio – PYME:

¿Cuál es su lugar de trabajo? Empresa: Institución: Otro:

¿Cuánto hace que trabaja? Menos de 1 año: ... Entre 1 y 5 años: Entre 5 y 10 años: ... Más de 10 años:

En caso de no trabajar: ¿Cuánto tiempo hace que está desocupado?:
 Menos de 3 meses: Entre 3 y 6 meses: Entre 6 meses y 1 año: ... Más de 1 año:

¿Cuál era su actividad en su último trabajo? ¿Busca trabajo? Si: ... No: ...

EXPECTATIVAS

¿Cuál es la principal razón por la que se inscribió en este curso/trayecto:
 Conseguir o cambiar de trabajo: Obtener un certificado-título: Ocupar mi tiempo libre:
 Mejorar y actualizar mis conocimientos: Tener un oficio para trabajar independiente:

El curso o trayecto en el que se inscribió, ¿está vinculado con su trabajo actual? Si: ... No:

¿Considera que el curso o trayecto que va a realizar le permitirá cambiar su condición laboral? (conseguir un trabajo, lograr un ascenso, etc.) Si: ... NO:

¿Cómo supone que será el nivel de contenidos que se recibirá en el curso?
 Muy bueno: Bueno: Regular: No sabe:

¿Cómo imagina que será la experiencia de formación con los/as docentes y compañeros/as?
 Muy buena: Buena: Regular: No sabe:

Defina en una palabra lo que espera de este curso:

RESTRICCIONES JUDICIALES (A completar solo en caso de menores de edad)

Responsable del/la estudiante: Apellido:Nombre:

Tipo de Doc: N°:

Restricción:

Documento judicial recepcionado: Vigencia de la medida:

¿De qué manera accedió a la información sobre la inscripción a este curso?

Recomendación de amigo-familiar: Cercanía a la institución: Sitio web: Folletos:

Publicaciones en redes sociales: Instagram: Facebook: Twitter: ... Otros:

¿Encontró en el establecimiento el curso en el que le interesaba inscribirse? Si: ... NO:

¿Cuál era el curso que le interesaba?

¿Encontró en el CFP otras ofertas de cursos de su interés? Si: ... NO: ¿Cuál/es?

¿Realizó otro/s cursos o trayectos formativos? Si: ... NO: ¿Cuál/es?

¿En este establecimiento? Si: ... NO: ¿Finalizó el/los curso/os? Si: ... NO:

¿Nos autoriza a enviarle información y /o novedades de nuestro CFP? SI NO

DATOS DE FAMILIAR / TUTOR: (Completar sólo los menores de 18 años)

Parentesco: Madre: Padre: Tutor / Responsable: OTROS:

Apellido y Nombres: Tipo de Doc:..... N°:

Domicilio: (Solo si fuera distinta a la del alumno):
 Calle:.....N°: Piso:.....Torre: Dpto:.....
 Manzana: Casa: Localidad: Código Postal: Teléfono/s:

EMERGENCIA MÉDICA Y PROTOCOLO COVID-19

¿Autoriza al CFP a llamar a la EMERGENCIA MEDICA en caso de que la necesitara? SI: NO:
 Si es menor de 18 años deberá firmar su padre/ madre o tutor.
 ME NOTIFICO DE QUE DEBERÉ CONOCER Y CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD QUE INFORME EL
 CFP EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID -19.

.....
 FIRMA DEL ALUMNO

.....
 FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

La totalidad de los datos e información suministrada por quien / es suscriben la presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los abajo firmantes se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firmamos con conformidad el talón adjunto con la normativa del Centro y el compromiso del alumno.

.....
 FIRMA DEL ALUMNO

.....
 FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR

.....
 ACLARACION

.....
 TIPO Y N° DE DOC. DEL FLIAR.