



FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO ANALÍTICO DE ESTUDIOS CONCLUIDOS Y DIPLOMAS



Original	<input type="checkbox"/>
Duplicado	<input type="checkbox"/>
Otros Ejemplares	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido/s				Nombre/s							
Datos de Nacimiento	Fecha (DD/MM/AAAA)		Localidad		Partido		Provincia		País		
	/ /										
Género			Estado Civil				DNI N°		Pasaporte N°		
Mujer	Varón	Otros	Soltera/o	Casada/o	Viuda/o	Divorciada/o					
Matrícula de Alumna/o IUPFA N°					Título que se solicita						
Fecha de culminación de estudios (DD/MM/AAAA)					/ /						
Domicilio particular (calle - N° - Piso - Dpto)		Localidad		Partido		Provincia		País		C.P.	
N° de Teléfono					Dirección de correo electrónico						
Datos de contacto alternativos	N° de Teléfono				Dirección de correo electrónico						

INFORMACIÓN LABORAL

Ud. Pertenece a	PFA*		Otras Fuerzas Policiales o de Seguridad*		Comunidad	
------------------------	-------------	--	---	--	------------------	--

*Si pertenece a la PFA o a otra Fuerza Policial o de Seguridad completar lo siguiente:

Fuerza a la que pertenece	Escalafón	Jerarquía	Situación de Revista (Actividad o Retiro)



OPCIONES DE JURAMENTO. ACTO DE COLACIÓN.

Marque con una "X" la opción de su preferencia:

Por Dios, la Patria y los Santos Evangelios		Por la Patria y el Honor	
Por Dios y la Patria		Juramento Hipocrático**	

** Opción válida únicamente para las carreras de las Áreas Enfermería e Instrumentación Quirúrgica.

----- FIRMA DE EL/LA SOLICITANTE	----- ACLARACIÓN
--	----------------------------

PARA SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE ALUMNOS

Fecha de recepción del trámite (DD/MM/AAAA)	/ /
Número de expediente de egreso (XXX/AA)	/
Nombre y Apellido de el/la administrativo/a que ejecutó el trámite	

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DE REGISTROS DE RESULTADOS ACADÉMICOS

Fecha de emisión Constancia de Título en Trámite (DD/MM/AAAA)	Fecha de emisión Certificado Analítico (DD/MM/AAAA)		
/ /	/ /		
Nº de Res. Min. del Plan de Estudio	Carga SIDCer	SI	
		NO	
Nombre y Apellido de el/la administrativo/a que ejecutó el trámite			

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DE DIPLOMAS

Nº de Registro	Código QR	Fecha de expedición del Diploma (DD/MM/AAAA)
Nombre y Apellido de el/la administrativo/a que ejecutó el trámite		

PARA SER COMPLETADO POR LA SECRETARÍA DE GRADUADOS

Fecha de entrega de Certificado Analítico de Estudios Concluidos y Diploma (DD/MM/AAAA)	/ /
----- Firma y Aclaración de el/la Graduado/a	----- Firma y Aclaración de la Secretaría de Graduados