

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES AÑO 2024**

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS ABAJO CONSIGNADOS SON REALES Y FIABLES Y ME OBLIGO A COMUNICAR AL INSTITUTO TODA MODIFICACIÓN DE LOS MISMOS EN UN PLAZO NO MAYOR A LAS 48HS DE PRODUCIDO. FECHA TÉRMINO DE PRESENTACIÓN EN SUBREGENCIA, ORIGINAL Y UNA COPIA: 04 MARZO 2024**

NOMBRE Y APELLIDO DEL CADETE/ALUMNO: .....

DNI:..... FECHA DE NACIMINETO: ..... NACIONALIDAD: .....

CURSO: ..... DIVISIÓN:..... INTERNO: **SI – NO** (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE)

EL CADETE/ALUMNO VIVE CON: AMBOS RESPONSABLES PARENTALES  RESPONSABLE PARENTAL 1   
(MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA) RESPONSABLE PARENTAL 2  OTROS

EN CASO DE HABER CONSIGNADO OTROS ESPECIFICAR CON QUIEN/ES: .....

..... DOMICILIO: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA:..... CP: ..... TEL: .....

NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE PARENTAL 1:..... DNI: .....

VIVE? **SI – NO** (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE) FECHA DE NAC.: ..... NACIONALIDAD: .....

TELÉFONO FIJO: ..... CELULAR: ..... MAIL: .....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: ..... CP:.....

PROFESIÓN: ..... OCUPACIÓN: .....

TRABAJO: ..... DOMICILIO: ..... TEL:.....

**ESTUDIOS:** PRIMARIOS COMPLETO  INCOMPLETO  SECUNDARIO COMPLETO  INCOMPLETO  TERCIARIO COMPLETO  INCOMPLETO  UNIVERSITARIO COMPLETO  INCOMPLETO

(MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA)

NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE PARENTAL 2: ..... DNI: .....

VIVE? **SI – NO** (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE) FECHA DE NAC.: ..... NACIONALIDAD: .....

TELÉFONO FIJO: ..... CELULAR: ..... MAIL: .....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: ..... CP:.....

PROFESIÓN: ..... OCUPACIÓN: .....

TRABAJO: ..... DOMICILIO: ..... TEL:.....

**ESTUDIOS:** PRIMARIOS COMPLETO  INCOMPLETO  SECUNDARIO COMPLETO  INCOMPLETO  TERCIARIO COMPLETO  INCOMPLETO  UNIVERSITARIO COMPLETO  INCOMPLETO

(MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA)

**AQUELLOS CADETES/ALUMNOS QUE SEAN INTERNOS O MEDIO INTERNOS QUE SE DOMICILIEN A MÁS DE 60KM DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, DEBERÁN DESIGNAR OBLIGATORIAMENTE UN TUTOR QUE RESIDA EN ESTA CIUDAD CAPITAL.**

NOMBRE Y APELLIDO TUTOR: ..... DNI: .....

FECHA DE NAC.: ..... NACIONALIDAD: .....

TELÉFONO FIJO: ..... CELULAR: ..... MAIL: .....

DOMICILIO: .....

PROFESIÓN: ..... OCUPACIÓN: .....

TRABAJO: ..... DOMICILIO: ..... TEL:.....

**ESTUDIOS:** PRIMARIOS COMPLETO  INCOMPLETO  SECUNDARIO COMPLETO  INCOMPLETO  TERCIARIO COMPLETO  INCOMPLETO  UNIVERSITARIO COMPLETO  INCOMPLETO

(MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA)

**PERSONAS AUTORIZADAS POR LOS RESPONSABLES PARENTALES A RETIRAR DEL INSTITUTO AL CADETE/ALUMNO:**

**NOMBRE Y APELLIDO:** ..... DNI: ..... CEL: .....

**NOMBRE Y APELLIDO:** ..... DNI: ..... CEL: .....

**NOMBRE Y APELLIDO:** ..... DNI: ..... CEL: .....

CERTIFICACIÓN DE FIRMA:

.....

.....

.....

..... FIRMA Y ACLARACIÓN RESPONSABLE PARENTAL 1 Y/O 2