



Universidad Nacional de Tucumán

FOTO  
4x4  
(No colocar foto)

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO 2025

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
TÉCNICATURA UNIVERSITARIA EN PRÓTESIS DENTAL

Plan de estudio Res. N°: 789/2019

### DATOS PERSONALES

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

(Datos completos sin abreviaturas)

### Lugar de nacimiento

Localidad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Día Mes Año

N° de documento: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: DNI  LE  LC  Pasaporte

### Domicilio actual (Utilizados por la Facultad para notificaciones)

Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### Lugar de residencia de su grupo familiar (no debe ser necesariamente el mismo que indicó para notificaciones)

Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### Establecimiento secundario en que se graduó:

Nombre completo

Del establecimiento: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Año de egreso: \_\_\_\_\_ Promedio general: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

## ALUMNOS EXTRANJEROS CUIFICADOS

----- Declaración Jurada de Notificación -----

- I- He tomado conocimiento de la Resolución Ministerial N° 1523/90 y de sus instrucciones **cuyas copias recibo** y me comprometo a cumplirlas, reconociendo el derecho de que la Calidad de alumno me sea cancelada en caso de transgresión de las mismas.
  
- II- Igualmente, me notifico que deberé completar la carrera conforme al Plan de Estudios vigente el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**La presente solicitud tiene el carácter de Declaración Jurada  
Sobre todos los datos consignados por el solicitante**

San Miguel de Tucumán, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Firma y aclaración

---

Fecha, firma y sello de recepción por Facultad