

# INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA AULA MAMÁ

COMPLETA LA POSTULANTE (todos los espacios indicados)

## Datos Personales

Nombre y apellido:.....  
Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Tipo de documento:..... Número de documento:.....  
Teléfono personal:..... Teléfono alternativo:..... Correo electrónico:.....  
Domicilio > Calle:..... Número:..... Dpto.:..... Piso:.....  
Monoblock:..... Parcela:..... Manzana:..... C. Postal:.....  
Barrio:.....  
Localidad:..... Departamento:.....

## Escolaridad

Sabe leer y escribir: 1.  SI 2.  NO

Estudios Primarios: 1.  COMPLETOS 2.  INCOMPLETOS Último grado de cursado .....  
En qué año lo cursó.....  
Institución donde cursó.....

Estudios Secundarios: 1.  COMPLETOS 2.  INCOMPLETOS Último grado de cursado .....  
En qué año lo cursó.....  
Institución donde cursó.....

## Salud

Realizó los controles de salud ginecológicos en el curso del último año 1.  SI 2.  NO

En caso afirmativo marque la opción:  PAP  COLPOSCOPIA  MAMOGRAFIA

## Ingresos

¿Posee ingresos? 1.  SI 2.  NO Monto .....

¿Posee un plan social? 1.  SI 2.  NO ¿Cuál?.....

## Datos de cuidado infantil

Cantidad de niños a cargo ..... Edades .....

Sala Cuna a la que concurre/n su/s niño/s .....

¿Todos sus niños están escolarizados 1.  SI 2.  NO

¿Alguno de sus niños posee discapacidad? 1.  SI 2.  NO