



INSTITUTO SUPERIOR DEL PROFESORADO N° 16

**"Dr. Bernardo Alberto HOUSSAY"**

J.J. URQUIZA 3462 - Rosario (S2002KEF)

e-mail: [isp16rosario@gmail.com](mailto:isp16rosario@gmail.com) - Sitio Web: <http://isp16.sfe.infed.edu.ar>

## **SOLICITUD DE INGRESO**

(Completar con letra de imprenta)

**PROFESORADO:** marcar con una (X) la carrera elegida y el turno que corresponda

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| ☆ de Educación Inicial _____   | Turno Mañana: <input type="checkbox"/> - Turno Tarde: <input type="checkbox"/>  |                                       |
| ☆ de Educación Primaria _____  | Turno Mañana: <input type="checkbox"/> - Turno Tarde: <input type="checkbox"/>  |                                       |
| ☆ de Educación Secundaria en Biología _____                                    | Turno Mañana: <input type="checkbox"/>  | Turno Noche: <input type="checkbox"/> |
| ☆ de Educación Secundaria en Geografía _____                                   | Turno Mañana: <input type="checkbox"/>  | Turno Noche: <input type="checkbox"/> |
| ☆ de Inglés para la Educación Secundaria _____                                 | Turno Mañana: <input type="checkbox"/> - Turno Tarde: <input type="checkbox"/>  |                                       |
| ☆ de Educación Especial con Orientación en Ciegos y Disminuidos Visuales _____ |   | Turno Noche: <input type="checkbox"/> |
| ☆ de Educación Especial con Orientación en Sordos e Hipoacúsicos _____         |   | Turno Noche: <input type="checkbox"/> |
| ☆ de Educación Especial con Orientación en Discapacitados Intelectuales _____  | - Turno Tarde: <input type="checkbox"/> - Turno Noche: <input type="checkbox"/> |                                       |

**LEGAJO N°:** (Reservado para Alumnado) \_\_\_\_\_

**APELLIDO:** (Según documento) \_\_\_\_\_

**NOMBRES:** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO:** TIPO: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO REAL:** \_\_\_\_\_

**LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO FIJO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**TELÉFONO CELULAR:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**OBRA SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **EMERGENCIA MÉDICA:** \_\_\_\_\_

**GRUPO SANGUÍNEO:** \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

EN ACTIVIDAD ☐ JUBILADO ☐ PENSIONADO CONTRIBUTIVO ☐ PENSIONADO NO CONTRIBUTIVO ☐

**EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_

**¿PERTENECE A PUEBLO ORIGINARIO?** SI ☐ - NO ☐ **ETNIA:** \_\_\_\_\_

**COMUNIDAD / REFERENTE:** \_\_\_\_\_

**¿POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD?** SI ☐ - NO ☐ **¿CUÁL?** \_\_\_\_\_

**¿POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (CUD)?** SI ☐ - NO ☐ - **VENCIMIENTO DE C.U.D** \_\_\_\_\_

**¿NECESITA INTÉRPRETE?** SI ☐ - NO ☐

**TÍTULO SECUNDARIO OBTENIDO:** \_\_\_\_\_

**INSTITUCIÓN QUE SE LO OTORGÓ:** \_\_\_\_\_

**2026**

Pegar aquí  
1 Foto Carnet 4x4  
Y la otra entregarla con el resto  
de la documentación

Los estudiantes extranjeros que deseen ingresar al ISP N° 16, deberán presentar su certificado de estudios debidamente legalizado y la documentación personal pertinente, todo conforme a la normativa vigente.

Los estudiantes que adeuden espacios curriculares del nivel secundario tendrán, como plazo máximo para presentar el certificado analítico o constancia provisoria de finalización de estudios secundarios, hasta el último día hábil del ciclo lectivo en que se realiza la inscripción, sin embargo no podrán acceder a los exámenes finales de la/s unidad/es correspondiente/s que correspondieran hasta la presentación de la documentación exigida (Art. 11 y 12° - Reglamento Académico Marco - RAM - Decreto 4199/15)

**LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA REVISTE EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**

ME NOTIFICO de la obligatoriedad del curso INTRODUCTORIO NO ELIMINATORIO, con extensión temporal y carga horaria necesaria y suficiente para cada carrera en particular (Art. 13 y 14° Reglamento Académico Marco - RAM - Decreto 4199/15)

Rosario, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 202\_\_

FIRMA DEL ALUMNO

V° B° SECRETARÍA

# Antecedentes Personales

Marque lo que corresponda.

	SI	NO		SI	NO
Problemas cardíacos			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Presión arterial elevada			Otro problema en los huesos o articulaciones		
Obesidad			Cirugías		
Asma bronquial			Internaciones		
Convulsiones			Enf. infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojo, testículo.		
Diabetes			Alergias		
Alteraciones sanguíneas			Tos crónica		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos Mareos Dolor fuerte en el pecho Mayor cansancio que sus compañeros Palpitaciones Dificultad para respirar durante o después de la actividad física			Medicación habitual		
			Alergia a algún medicamento		
			Consume vitaminas		
			Problemas de piel		
Vacunación completa					

# Antecedentes Familiares

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años.			Obesidad		
Problemas cardíacos			Diabetes		
Presión arterial elevada			Colesterol elevado		
			Tos crónica		

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces

Firma

Aclaración

DNI

Fecha

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

- ☆ Solicitud de Ingreso \_\_\_\_\_ ☐
- ☆ Partida de Nacimiento Legalizada (**Sólo para nacidos en otras Provincias**) \_\_\_\_\_ ☐
- ☆ Fotocopia del DNI tarjeta (**anverso y reverso**) \_\_\_\_\_ ☐
- ☆ Fotocopia Legalizada del Certificado de Estudios Completos de la Educación Secundaria \_\_\_\_\_ ☐
- ☆ Constancia de Certificado de Estudios en Trámite ORIGINAL \_\_\_\_\_ ☐  
(Solo en los casos que no tengan a la fecha el punto anterior)
- ☆ Certificado de Estudios Incompletos \_\_\_\_\_ ☐  
(Solo para quienes deban materias de la Educación Secundaria)
  
- ☆ Certificado de Buena Salud (**Oficial o Particular estampillado**) \_\_\_\_\_ ☐
- ☆ Certificado de Discapacidad (**Sólo en el caso que corresponda**) \_\_\_\_\_ ☐
- ☆ 2 Fotos carnet 4 x 4 \_\_\_\_\_ ☐
- ☆ Colaboración Anual de Cooperadora \_\_\_\_\_ ☐