 

**SOLICITUD DE VACANTE EN EL JARDIN MATERNO / INFANTIL**

***El presente formulario tiene carácter de DECLARACION JURADA. Los datos solicitados serán de uso exclusivo y confidencial para la asignación de la vacante cuya confirmación queda sujeta a la evaluación del Jardín Materno-Infantil de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Las causas de eventuales incongruencias entre los datos declarados respecto a otras fuentes de datos, serán evaluadas por las autoridades de la facultad para decidir la discontinuidad o no de la presente solicitud.***

**FECHA DE LA SOLICITUD: / /**

# **DATOS DEL NIÑO/A**

1. **En gestación**

Datos del certificado médico extendido  **A PARTIR** del 2do. trimestre de gestación:

Fecha de emisión: ………/………/………..

Fecha probable de parto: ………. /………/………..

Embarazo Múltiple □ Cantidad de bebés: …………….

1. **En edad de Jardín Maternal (45 días a 2 años) o de Infantes (3 a 5 años)**
2. Apellido y Nombre: …………………………………………..

N° Documento: ……………………………………………….

Fecha de Nacimiento: …………. /………….. /………….

1. Apellido y Nombre: …………………………………………..

N° Documento: ……………………………………………….

Fecha de Nacimiento: …………. /………….. /………….

1. Apellido y Nombre: …………………………………………..

N° Documento: ……………………………………………….

Fecha de Nacimiento: …………. /………….. /………….

1. **Hermanos inscriptos actualmente en el Jardín**
2. Apellido y Nombre: …………………………………………..

N° Documento: ……………………………………………….

Fecha de Nacimiento: …………. /………….. /………….

Sala: ……………………………………

Jornada…………………………………

1. Apellido y Nombre: …………………………………………..

N° Documento: ……………………………………………….

Fecha de Nacimiento: …………. /………….. /………….

Sala: ……………………………………

Jornada………………………………….

1. Apellido y Nombre: …………………………………………..

N° Documento: ……………………………………………….

Fecha de Nacimiento: …………. /………….. /………….

Sala: ……………………………………

Jornada………………………………….

1. **Tipo de Servicio**

Jornada completa □

Media jornada con almuerzo □

Media jornada sin almuerzo □

# **DATOS DEL / DE LA SOLICITANTE RESPONSABLE**

1. **Personales**

Apellido y Nombres: ……………………………………………………..

N° DNI: ……………………………….

Fecha de Nacimiento: ………... /………… /…………

Estado Civil: …………………………………

Amamanta □

Madre/Padre soltera/o, viuda, viudo □

**Domicilio actual**

Dirección: …………………………………………………………………...

Localidad /Ciudad: ………………………………………………………….

Teléfono (s): ………………………………Celular:………………………...

Correo Electrónico: …………………………………………………………

1. **Situación Laboral**

N° CUIL…………………………………………………………………

1. **Relación de dependencia en la FCEN**

Número de Legajo Contable: …………………..

1. No docente □
2. Contratado □
3. Docente Dedicación exclusiva □
4. Docente de Dedicación simple □, Número de cargos: …………
5. **Relación de dependencia en otras unidades de la UBA**

Unidad: ………………………………………

Número de Legajo Contable: ………………………………..

1. No docente □
2. Contratado □
3. Docente Dedicación exclusiva □
4. Docente de Dedicación simple □, Número de cargos: ……………
5. **Relación de dependencia en otros organismos públicos**
6. Investigador Científico □

Organismo: ……………………………………………………………

Categoría: ……………………………………………………………..

Remuneración (promedio último trimestre): ………………………………………………………………………

Otros □

Denominación: ………………………………………………………..

Organismo: ……………………………………………………………

Categoría: ……………………………………………………………..

1. **Becario graduado**

Organismo que otorga la beca:……………………………………………… ……………………………….………………………………………………..Categoría: …………………………………………………………………..

1. **Estudiante de primer carrera de grado**

Carrera FECN: ……………………………………………………………….

L.U.: …………………………………………………………………………..

Beca □

Organismo que otorga la beca: ………………………………………….. .…………………………………………………………………………...

1. **Lugar de Trabajo**
2. Departamento/Oficina:……………………………………………...
3. Teléfonos de contacto (interno / directo):…………………………....
4. **Observaciones y Comentarios**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

FIRMA Y ACLARACIÓN DE LA AUTORIDAD DEL JARDIN