



Res. 01/14 – Ministerio de Educación de la  
Provincia del Chubut

---

### Antecedentes A completar por el/la aspirante

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Si - ¿Cuál? \_\_\_\_\_

No

Durante los últimos dos años ¿tuvo alguna internación o intervención quirúrgica?

Si - Especifique \_\_\_\_\_

No

¿Tiene algún tipo de alergia?

Si - ¿A qué? \_\_\_\_\_

No

¿Recibe tratamiento médico?

Si – Especifique \_\_\_\_\_

No

¿Presenta alguna limitación física?

Si – Aclaración \_\_\_\_\_

No

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Firma:

Aclaración:

DNI