


Ejemplo de llenado de Formulario RUDEAL

Los campos resaltados son obligatorios



FORMULARIO RUDEAL

REGISTRO ÚNICO DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA

Resolución Ministerial N° 0113/2016

LA INFORMACIÓN RECAUDADA POR EL RUDEAL SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE Y EXCLUSIVAMENTE PARA FINES DE DISEÑO Y EJECUCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCATIVAS Y SOCIALES

80730796

CÓDIGO SIE DEL CENTRO DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA

CÓDIGO RUDEAL DEL ESTUDIANTE

I. DATOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA

1.1. NOMBRE DEL CENTRO DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
NACIONAL DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA

1.2. N° SUB CENTRO

1.3. DIRECCIÓN/LOCALIDAD DEL SUB CENTRO

II. DATOS DE LA O EL ESTUDIANTE/PARTICIPANTE

2.1. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)

Apellido Paterno: **PEREZ**
Apellido Materno: **MORALES**
Nombre 1 y 2: **MARCO ANTONIO**

2.2. LUGAR DE NACIMIENTO

País: **BOLIVIA**
Departamento: **LA PAZ**
Provincia: **MURILLO**
Localidad: **LA PAZ**

2.3. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

CI: **4123456**

2.4. FECHA DE NACIMIENTO

30 / **12** / **1982**
Día Mes Año

2.5. CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Partida N°: **75/1**
Folio N°: **35**
1324
23

2.6. ESTADO CIVIL

Soltero Casado Divorciado Viudo

2.7. GÉNERO

Femenino Masculino

2.8. N° DE HIJOS

3

2.8. ¿ACTUALMENTE PRESTA SERVICIO MILITARY?

SI NO

En caso afirmativo, la formación educativa del estudiante/participante se realiza en:

El CEA
El Cuartel

III. DIRECCIÓN DE LA O EL ESTUDIANTE/PARTICIPANTE

3.1. DIRECCIÓN/DOMICILIO ACTUAL

Departamento: **BUENOS AIRES**
Provincia: **CIUDAD DE BUENOS AIRES**
Sección/Municipio: **CENTRO**
Localidad / Comunidad: **Av. Corrientes**
Zona / Barrio / Villa: **Av. Corrientes**
Avenida / Calle: **Av. Corrientes**
Número de vivienda: **1243**

Teléfono fijo: **+54114382-**
Teléfono celular: **9111234-5**

IV. DISCAPACIDAD DE LA O EL ESTUDIANTE/PARTICIPANTE

4.1. DISCAPACIDAD: ¿La o el estudiante/participante tiene Carnet de Discapacidad? SI NO

En caso afirmativo, llene lo siguiente:

N° Carnet de Discapacidad

TIPO DE DISCAPACIDAD	GRADO
Intelectual <input type="checkbox"/>	Leve - de 1% a 24% <input type="checkbox"/>
auditiva <input type="checkbox"/>	Moderado - de 25% a 49% <input type="checkbox"/>
Síndrome de Down <input type="checkbox"/>	Grave - de 50% a 74% <input type="checkbox"/>
Múltiple <input type="checkbox"/>	Muy grave - de 75% a 100% <input type="checkbox"/>
Físico/motora <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audición <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿La o el estudiante/participante con discapacidad visual tiene Carnet de Registro en el IBC? SI NO

En caso afirmativo, llene lo siguiente:

Código de Registro IBC: **Baja Visión**

V. ASPECTOS SOCIALES

5.1. IDIOMAS Y CULTURA

5.1.1. ¿Qué idiomas habla la o el estudiante/participante?

CASTELLANO
AYMARÁ

5.1.2. ¿La o el estudiante/participante pertenece a alguna nación o pueblo indígena originario campesino y afroboliviano?

SI NO

En caso afirmativo, especifique a qué:

5.2. OCUPACIÓN

5.2.1. ¿La o el estudiante/participante tiene alguna ocupación? SI NO

En caso afirmativo, marque en qué sector o rubro: (puede seleccionar varias opciones)

Agricultura Obrero
Gremial Empleado
Labores de casa remunerado Artesanía
Otros (Especificar)

5.3. SALUD

5.3.1. ¿La o el estudiante/participante tiene seguro de salud? SI NO

En caso negativo, ¿Dónde acude la o el estudiante/participante en caso de enfermedad o accidente?

CENTRO DE SALUD
OR H (+)

5.3.2. Grupo sanguíneo del estudiante/participante

5.4. ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE

5.4.1. ¿La o el estudiante/participante tiene acceso a: (Puede seleccionar varias opciones)

Radio Internet
Televisor Celular
Computadora

5.4.2. ¿Qué medio de transporte utiliza frecuentemente la o el estudiante/participante para trasladarse al Centro de Educación Alternativa? (Puede seleccionar varias opciones)

Micro Bici Camión
Micro o Bus Taxi/metro Motocicleta
Transporte Fluvial Bici
Transporte Fluvial Bici
Minutos

5.4.3. ¿Cuánto tiempo demora en llegar hasta el Centro de Educación Alternativa? Horas Minutos

VI. DATOS DE INSCRIPCIÓN DE LA GESTIÓN ACTUAL

6.1. MODALIDAD DE ESTUDIO

Presencial
Simpresencial
A Distancia

6.2. PARALELO

PARALELO: **A B C D E F G**

6.3. TURNO

Mañana Tarde Noche

6.4. INTERRUPCION DE ESTUDIOS. Si la o el estudiante/participante hubiera interrumpido sus estudios y sea nuevo en el CEA, indique el motivo principal de la misma:

6.5. EDUCACIÓN HUMANÍSTICA DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS

NIVELES	EDUCACIÓN PRIMARIA - EPA		EDUCACIÓN SECUNDARIA - ESA	
	Aprendizajes Elementales	Aprendizajes Avanzados	Aprendizajes Aplicados	Aprendizajes Complementarios
1er. SEMESTRE				
2do. SEMESTRE				

6.6. EDUCACIÓN TÉCNICA TECNOLÓGICA PRODUCTIVA - ETA

6.6.1. Nivel al que se inscribe:

1er. SEMESTRE: Técnico Básico

Especialidad / Mención: **CONFECCION TEXTIL**

2do. SEMESTRE: Técnico Básico

Especialidad / Mención: **CONFECCION TEXTIL**

6.7. EDUCACIÓN PERMANENTE

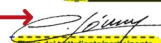
Facilitadores Comunitarios Educación Permanente Productiva Comunitaria
Otros

Nombre del Curso:

En Centros de Educación Alternativa fiscales y de convenio, el servicio educativo es totalmente gratuito.

República de **ARGENTINA**

Fecha de Registro: Día **31** Mes **MARZO** Año **2019**

Firma del Estudiante/Participante: 

Sello y firma del Director/a y/o Responsable de la Institución Educativa

Sello de la Dirección Distrital

Escriba su Departamento, Cantón, Provincia o Jurisdicción.

Escriba su Ciudad, Metrópoli o Municipio.

Seleccione el nivel de formación al que se inscribe

Escriba la Especialidad Técnica a la que se inscribe

Este campo es obligatorio (Firma realizada a mano)