


# Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios

## INSTRUCTIVO PARA INSCRIPCIÓN EN PAPEL

### PASO 1: DOCUMENTACIÓN QUE NECESITARÁ PRESENTAR

- ✓ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - TÉRMINOS Y CONDICIONES
- ✓ Fotocopia de DNI (frente y reverso)
- ✓ Fotocopia de su Certificado de Formación
- ✓ Una foto 4 x 4, reciente, color, centrada y enfocada, tipo carnet similar a la del DNI


### ¿Cómo obtener el Formulario de Inscripción - Términos y Condiciones?

Desde el enlace web:  [goo.gl/wvDcVf](http://goo.gl/wvDcVf) Por mail a:  [registrocuidadoresam@senaf.gob.ar](mailto:registrocuidadoresam@senaf.gob.ar)

Por correo o personalmente en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores en:

**Tte. Gral. Juan D. Perón 524 3° Piso | CABA | C.P. 1038**


O bien, comuníquese telefónicamente con el equipo del Registro Nacional para que la/o pueda asistir al:

 (011) 4338 5800 | INTERNO 6060

**NO HACE FALTA QUE ESTÉ IMPRESO EN COLOR**

### PASO 2: COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - TÉRMINOS Y CONDICIONES

Completarlo a mano con letra de imprenta mayúscula y clara. No deben quedar campos vacíos. Recuerde que debe llevar su firma y aclaración.

Nombre Completo	<input type="text" value="COMO DETALLA EL DNI"/>	 Foto 4x4
Apellido Completo	<input type="text" value="COMO DETALLA EL DNI"/>	
Fecha de Nacimiento	<input type="text" value="DD/MM/AAAA (Ej:01/03/1960)"/>	
<b>MARCAR CON UNA X LA OPCION QUE CORRESPONDA</b>		<input type="text" value="PEGAR FOTO"/>
Género	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
	Femenino trans <input type="checkbox"/>	Masculino trans <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="text"/>	
Provincia de Residencia	<input type="text" value="DONDE RESIDE ACTUALMENTE"/>	] <b>DATOS DE RESIDENCIA ACTUALES</b>
Localidad de Residencia	<input type="text" value="DONDE RESIDE ACTUALMENTE"/>	
Domicilio de Residencia	<input type="text" value="DONDE RESIDE ACTUALMENTE"/>	
Barrio de Residencia	<input type="text" value="DONDE RESIDE ACTUALMENTE"/>	
Correo Electrónico	<input type="text" value="EMAIL DE CONTACTO"/>	] <b>DATOS QUE APARECERÁN EN LA WEB ESCRIBIR CON LETRA CLARA!</b>
Teléfono de Contacto	<input type="text" value="CELULAR O FIJO DE CONTACTO"/>	
Documento Único	<input type="text" value="NÚMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD"/>	

# Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios

DATOS DE FORMACIÓN		MARCAR CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA
Título Obtenido:	Cuidador/a domiciliario/a	<input type="checkbox"/>
	Asistente Gerontológico/a domiciliario/a	<input type="checkbox"/>
	Auxiliar Gerontológico/a domiciliario/a	<input type="checkbox"/>
Otro	COMO DETALLA EL CERTIFICADO DE FORMACION SI NO ES UNA DE LAS ANTERIORES	
Año de Formación	POR EJ.: 2016	
Carga Horaria Acreditada en el Título	POR EJ.: 388HS	
Nombre de la Organización que expide el título	POR EJ.: MDS - SENAF - DINAPAM	
Provincia de la Organización que expide el título	POR EJ.: CABA	
Localidad de la Organización que expide el título	POR EJ.: SAN NICOLÁS	
Domicilio de la Organización que expide el título	POR EJ.: TTE. GRAL. PERÓN N° 524	
Correo Electrónico de la Organización	POR EJ.: cuidadores@senaf.gob.ar	
Teléfono de la Organización	POR EJ.: (011) 4338-5800 INT. 6076	

**TOMAR DATOS DEL CERTIFICADO**

**DATOS DE LA ORGANIZACIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO**

A continuación de su firma, encontrará los Términos y Condiciones, debe leerlos y de estar de acuerdo con los mismos en la última hoja marcar con una cruz (X) el recuadro que indica "ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES" y firmar y aclarar.

**¡SU FIRMA Y ACLARACIÓN EN TODOS LOS LUGARES INDICADOS!**

### PASO 3: ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

Toda la documentación indicada en el PASO 1 debe ser enviada en sobre cerrado por correo postal o traerla personalmente a la siguiente dirección:

**DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES**  
**Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios**  
**Tte. Gral. Juan D. Perón 524 3° Piso | CABA | C.P. 1038**

Si tiene dificultades para enviar la documentación por correo postal, por favor, envíe un mail a [registrocuidadoresam@senaf.gob.ar](mailto:registrocuidadoresam@senaf.gob.ar) para que se le indiquen otros lugares que la puedan recibir.

### PASO 4: AGUARDAR EL AVISO DE ESTADO DE SU TRÁMITE

Desde el Registro Nacional nos comunicaremos con Ud. por mail, y/o telefónicamente, para confirmar la recepción de su documentación, y dentro de los 30 días se le informará los resultados de la verificación de su formación.

Es sumamente importante que todos los datos que detalle en el Formulario de Inscripción sean **claros y legibles**.

**POR FAVOR, SI TIENE ALGUNA DUDA COMUNÍQUESE CON EL REGISTRO NACIONAL ANTES DE REALIZAR EL ENVÍO DE LA DOCUMENTACIÓN.**

Firma y aclaración del postulante

D.N.I.:

Lugar:

Fecha:  /  / 2018