



Ministerio de
Desarrollo Social
Argentina

Instructivo de Inscripción en formato Papel al Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios

Secretaría Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia

Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

Datos Personales

DATOS PERSONALES

NOMBRE/S: _____

APELLIDO/S: _____

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): _____

GÉNERO AUTOPERCIBIDO: FEMENINO

FEMENINO TRANS

(MARQUE CON UNA X) MASCULINO

MASCULINO TRANS

OTRO: _____

PROVINCIA DE RESIDENCIA: _____

LOCALIDAD DE RESIDENCIA: _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA: _____

BARRIO DE RESIDENCIA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ DOCUMENTO UNICO (DNI): _____



FOTO 4x4

Acá tenés que completar tus datos reales de domicilio, localidad y provincia, donde vivís actualmente.

Es indispensable que completes teléfono y correo electrónico. SI NO TENÉS MAIL PEDÍLE A ALGUIEN DE TU CONFIANZA QUE TE PRESTE EL SUYO (tené en cuenta que es nuestra principal vía de contacto con vos).

Pegá tu foto. La foto NO se publica, solo se verá en tu credencial.

IMPORTANTE: TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS, SI FALTA ALGUNO NO PODEMOS CARGAR TU INSCRIPCIÓN EN LA WEB.



Datos de Formación

DATOS DE FORMACIÓN / ORGANIZACIÓN FORMADORA

TÍTULO OBTENIDO: _____

AÑO DE FORMACIÓN: _____ CARGA HORARIA DEL TÍTULO(HS): _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA: _____

PROVINCIA: _____ LOCALIDAD: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA: _____

¿PERTENECÉS A ALGUNA COOPERATIVA DE TRABAJO DE CUIDADORES/AS DOMICILIARIOS/AS?

¿CUÁL?: _____

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en este formulario son correctos, completos y que lo he confeccionado sin falsear ni omitir ninguno.
Declaro bajo juramento que he leído y aceptado los términos y condiciones que se encuentran publicadas en: <http://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/TerminosyCondicionesOnLine.pdf>

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL/A POSTULANTE

LUGAR: _____ FECHA: _____



Completá todos estos datos como figuran en tu certificado.

ES MUY IMPORTANTE QUE COLOQUES TODOS LOS DATOS QUE PEDIMOS DE LA ORGANIZACIÓN para que podamos contactarla y verificar tu formación.

Firmá y aclará tu firma.

Podés leer los [Términos y Condiciones](http://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/TerminosyCondicionesOnLine.pdf) desde la web

<http://registroncd.senaf.gob.ar>



IMPORTANTE: TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS. TENÉ EN CUENTA QUE SIN TU FIRMA EL FORMULARIO ES NULO.



Presentá la documentación completa

Podés entregarla en el Centro de Referencia más cercano a tu domicilio, encontralo en:

www.desarrollosocial.gob.ar/mapa#?cat=cdr

o enviarla por correo postal a:



Tte. Gral Perón 524, 3° Piso, CABA. C.P. 1038

También podés traerla personalmente a nuestra oficina central en Tte. Gral. Perón 524, 3° Piso, CABA, de lunes a viernes de 9 a 17 hs.

Para más información



(011) 4338-5800 Interno 6060



registrocuidadoresam@senaf.gob.ar

<http://registroncd.senaf.gob.ar>