

ANEXO III

FORMULARIOS DE PRE – INSCRIPCIÓN

A – DECLARACIÓN JURADA. FICHA ACADÉMICA

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:.....

☐ Acepto el sistema de Orden de Mérito para definir el ingreso y acceso a las vacantes, y por medio de la presente doy expreso consentimiento para que se requieran mis antecedentes a los organismos de seguridad pertinentes de acuerdo a lo previsto en el Artículo 51 del Código Penal Argentino.

☐ Tomo conocimiento y acepto sujetarme a las normas que se establezcan para el ordenamiento y coordinación en el Examen de Ingreso y reglamentaciones vigentes en el Instituto.

Se inscribe a:

☐ Tecnicatura Superior en Seguridad Pública y Ciudadana Orientado a la Formación Policial (Oficial de Policía)

☐ Tecnicatura Superior en Gestión Penitenciaria (Oficial Penitenciario)

☐ Agente de la Policía

☐ Agente Penitenciario

APELLIDO/S:
(Según acta de nacimiento)

NOMBRE/S:
(Según acta de nacimiento)

DNI N°:

FECHA DE NACIMIENTO:.....

LUGAR DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL:

PROVINCIA DE RESIDENCIA ACTUAL:

CIUDAD/LOCALIDAD:C.P.....

Calle:N°.....Piso.....Dpto.....

Barrio:Teléfono:

OTRAS LOCALIDADES EN LAS QUE VIVIÓ:.....

Hijos: SI – NO. Número de hijos:

ESTUDIOS CURSADOS

Nivel.....
Colegio o Instituto del Secundario o Polimodal.....
Tel.....
Título Obtenido.....
Estudios Técnicos.....
Estudios Terciarios.....
Estudios de Postítulos.....
Estudios Universitarios.....
Estudios de Postgrados.....
¿Posee capacitación en algún oficio? SI - NO
¿Qué capacitaciones posee?.....

¿Rindió en otras oportunidades en este Instituto? SI - NO ¿Cuántas veces?.....
¿En qué año? ¿Pidió la baja? SI - NO ¿Fue dado de baja? SI - NO
¿Causas?..... ¿Estuvo incorporado en el Servicio Militar Voluntario? SI-NO
¿En qué Unidad?
¿Estuvo incorporado en alguno de los Institutos de las F.F.A.A.? SI-NO ¿En qué
Unidad?.....
¿Estuvo incorporado en algunos de los Institutos de Capacitación en Seguridad Pública?
SI-NO ¿En cuál/les?.....
¿Fue dado de baja? SI - NO ¿De dónde?
¿Por qué motivo/s?
¿Otros Datos Relevantes? (No obligatorio).....
¿Posee Antecedentes Laborales? SI - NO ¿Cuáles?
¿Participación vecinal, clubes, asociaciones vecinales? SI - NO ¿Cuáles?.....
¿Tiene cobertura de Obra Social? SI - NO ¿Cuál/es?
Número de Afiliado: (sólo si posee alguna obra social).....
¿Sabe andar a caballo? Bien - regular - no sabe
¿Sabe nadar? Bien - regular - no sabe
¿Sabe conducir? Bien - regular - no sabe
¿Conocimiento en P.C.? Bien - regular - no sabe

DE LOS PADRES

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: (no obligatorio).....
FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE: (no obligatorio).....
LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE: (no obligatorio).....
NACIONALIDAD DEL PADRE: (no obligatorio).....
¿VIVE? (SI - NO)
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL PADRE.....
OCUPACIÓN DEL PADRE:.....
DOMICILIO ACTUAL DEL PADRE.....
CIUDAD/LOCALIDAD.....
PROVINCIA.....
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE:

FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE:.....

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE:

NACIONALIDAD DE LA MADRE:.....

¿VIVE? (SI - NO)

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE LA MADRE.....

OCUPACIÓN DEL MADRE.....

DOMICILIO ACTUAL DE LA MADRE.....

CIUDAD/LOCALIDAD.....

PROVINCIA.....

LOS HERMANOS/AS

Mencione Nombre/s y Apellido/s de todos los hermanos además del estado civil, edad y ocupación.....

.....

DATOS DEL TUTOR Y/O APODERADO

Apellido/s:

Nombre/s:

Domicilio:

Localidad:Provincia.....

Código Postal:

Teléfono:

Nacionalidad:

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO (mencione tipo de documento –DNI; LE; LC) y Número de Documento.....

Profesión y empleo:

Grado de parentesco con el Postulante:

B – DECLARACIÓN JURADA. FICHA MÉDICA PRELIMINAR

CONCEPTOS GENERALES

La presente declaración jurada deberá ser completada en la oportunidad del examen médico preliminar, en forma manuscrita y firmada por el interesado. Sin este requisito no se dará curso al trámite de inscripción como Postulante a ingreso. Se debe informar a cada ciudadano que este documento reviste el carácter de DD.JJ. Por lo que todo ocultamiento o falsa información es una causa para ser pasible de las sanciones vigentes. (Art. 292 2 293 del Código Penal).

FORMULARIO

Fecha: _____ Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo:

Domicilio: Barrio:

Provincia: _____ Teléfono: []

HÁBITOS			
¿Fuma usted?	SI	NO	¿Cuánto?
¿toma bebidas alcohólicas?			¿Cuánto? ¿Cuáles?
¿Tiene sueño tranquilo?			¿Cuántas horas duerme?
¿Realiza alguna dieta?			¿Cuál?
¿Practica deportes?			¿Cuáles?

[illegible]

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marque con una X)								
ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Mareos o desmayos			Enfermedad de la piel			Úlcera gástrica / duodenal		
Nerviosismo excesivo			Trastornos en los ojos o dificultades en la Visión			Ictericia		
Convulsiones						Tras digestivos		
Dolores de cabeza frecuente			Distingue los colores			Acidez		
Pesadilla / Insomnio			Sordera o disminución de audición			Glucosa o Albúmina en orina		
Pérdida de memoria						Hernias		
Neuritis o Neuralgia			Supuración de oídos			Hemorroides		
Reumatismo			Vértigo o mareos			Fracturas o luxaciones		
Poliomielitis			Resfríos frecuentes			Articulaciones dolorosas o hinchadas		
Brucelosis			Dentadura en mal estado					
Depresión			Amigdalitis			Dificultades al orinar o sangre en la orina		
Paludismo			Tos crónica					
Fiebre reumática			Sinusitis			Dolores en los pies o pie plano		
Enfermedades venereas / Tuberculosis			Sangre en el esputo			Dolores en las rodillas		
			Sudores nocturnos			Dolor de espalda, cintura o ciática		
Anemia			Pérdida de peso reciente			Se Psicoanaliza		
Cáncer u otro tumos			Trastornos en la voz			Trastornos menstruales		
Enfermedad cardíaca			Dolores de pecho			Dolor menstrual		
Urticaria			Falta de aire			Menstruaciones fuera de ciclo		
Asma			Palpitaciones del corazón			Ausencia de menstruación		
Sufrió asma de chico			Presión sanguínea			Abortos		
Bronquitis			Sífilis			Patologías mamarias		
Pleuresía			Alergia			Fecha de última menstruación		
Neumotorax			Diabetes					
Enfermedad de Chagas			Cálculos			Medicamentos que toma		
Epilepsia o disrritmia			Enfermedades génito-urinarias					
Traumatismo de xráneo			Hemorragias					
			Recibió transfusiones de sangre					

OPERACIONES					
HA SIDO OPERADO DE	SI	NO	AÑO	OTRAS OPERACIONES	AÑO
Amígdalas					
Apendicitis					
Hernia					
Hemorroides					
Mioma uterino					
Quiste de ovario					
Nódulo de mama					

HÁBITOS TÓXICOS		
Consumió o consume drogas	SI	NO

En caso afirmativo, menciones el nombre de las mismas:

Si fue drogodependiente, fue asistido en algún Centro de Rehabilitación:	SI			NO	
En caso afirmativo, mencione el nombre del mismo:					
Tiene antecedentes penales por esta causa:	SI			NO	
Tiene antecedentes familiares por esta causa:	SI			NO	

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son fiel reflejo de la verdad, y que no padezco ninguna patología o impedimento que no me permita desarrollar con total normalidad las pruebas físicas y/o atléticas que componen el examen de admisión y/o las actividades del mismo carácter que integran el curso para el que deseo ser admitido; asumiendo mi total responsabilidad. Caso contrario este Instituto formativo podría iniciar actuaciones judiciales en virtud a lo previsto en el Artículo 293 del Código Penal Argentino. Asimismo, presto mi expresa conformidad para que se efectúen estudios necesarios para la clasificación final de aptitud y faculto a la autoridad sanitaria correspondiente a requerir cualquier otro dato al respecto.

Apellido y Nombre: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma

Aclaración

DNI del postulante

RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS MEDICOS

[HISTORIA CLINICA]

Aspecto General	Varices:
Defectos físicos	Tórax:
Estatura Peso IMC	Abdomen:
Piel y Cel. Subcutáneo:	Hígado – Bazo – Riñón:
Ganglios:	Hernias Abdominales o inguinales:
Bucodental:	Testículos: (Variaciones – Hidocelo):
Oído (supuraciones)	Hemorroides – Fístulas:
Ruidos Cardíacos: Soplos:	Columna vertebral:
Pulso Radial y Periférico:	Ext. Sup. e Inferiores:
Tensión Arterial:	Sistema Nervioso:

[HISTORIA GINECOLÓGICA]

Ritmo menstrual:	Le obligan a guardar reposo	Si		No	
Embarazos:	Complicaciones post parto – o post aborto:				
Ginecopatías:	Glándula mamaria:				

RESUMEN ANTECEDENTES.

CONCLUSIONES EXAMEN CLÍNICO

Lugar y Fecha: _____

Firma

Aclaración

Sello Médico del examinador

NOTA: En caso de ser calificado como NO APTO, APTO LIMITADO O APTO CONDICIONAL, la cauda determinante deberá ser comunicada al postulante por escrito con la firma del facultativo interviniente.

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma

.....
Aclaración del médico interviniente

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI

.....
Fecha
