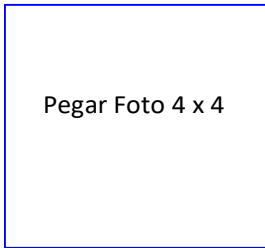




FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



A. DATOS DEL POSTULANTE

Apellido/s _____

Nombre/s _____

Sexo: Masculino Femenina Altura: _____ Peso: _____

D.N.I.: _____ CUIL: _____ Gpo. Sanguineo: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: / / _____ Localidad _____

Provincia: _____ Nacionalidad _____

Domicilio _____

Localidad: _____ Provincia _____

Teléfono Fijo: _____ Celular _____

Correo Electrónico (obligatorio): _____

Título Secundario _____

Establecimiento: _____

Fecha de Egreso: _____ Otros Títulos obtenidos O Cursos

realizados: _____

¿Estuvo incorporado a alguna Fuerza Armada, de Seguridad o Instituto Militarizado? Si No

¿Cuál? _____

Grado de Instrucción alcanzado _____

Fecha y causa de Baja: / / - _____

Lugar de Residencia Transitorio en Salta Capital (Reservado para postulantes del interior u otra Provincia) _____



B. DATOS DEL PADRE

Apellido y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _/_/_ Localidad: _____ Provincia: _

_____ Nacionalidad: _____

D.N.I.: _____ CUIL: _____ ¿Vive? Si No

Domicilio _____

Localidad: _____ Provincia _____

Tel./Cel.: _____ Profesión: _____

C. DATOS DE LA MADRE

Apellido y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _/_/_ Localidad: _____

Provincia: _____ Nacionalidad: _____

D.N.I.: _____ CUIL: _____ ¿Vive? Si No

Domicilio : _____

Localidad: _____ Provincia _____

Tel./Cel.: _____ Profesión: _____

D. DATOS DE FAMILIAR CONVIVIENTE

Apellido y Nombre	Edad	D.N.I.	Parentesco



E. ANTECEDENTES MÉDICOS

1. ¿Padece o padeció alguna lesión ósea o articular? (Fracturas severas, rotura de meniscos o ligamentos, escoliosis, espina bífida, hernias de disco, malformaciones, otras de interés). Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique la lesión: _____

2. ¿Padece o padeció de alguna afección o insuficiencia cardíaca?
Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

3. ¿Padece o padeció alguna afección o insuficiencia respiratoria severa?
Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

4. ¿Padece o padeció de alguna afección visual? (Estrabismo, disminución visual inferior a 7/10, otra de interés).
Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

5. ¿Padece o padeció alguna afección neurológica?
Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

6. ¿Padece o padeció alguna afección auditiva severa?
Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

7. ¿Padece de algún tipo de alergia?
Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

8. ¿Padece o padeció alguna otra afección que considere oportuno mencionar?
Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

9. ¿Posee tatuajes? Si No
En caso que su respuesta sea positiva, especifique cantidad, lugar y



dimensiones _____

10. ¿Toma algún tipo de medicamento en forma habitual?

Si No

En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

11. ¿Posee cicatrices?

Si No

En caso que su respuesta sea positiva, especifique las causas de las mismas

12. ¿Posee hernias o neoplasias?

Si No

En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____

13. ¿Posee deformaciones o asimetrías acentuadas?

Si No

En caso que su respuesta sea positiva, especifique _____



DECLARACIÓN JURADA

Por la presente, DECLARO BAJO JURAMENTO de ley que: **1.-** Los datos consignados y la documentación adjuntada en el formulario de inscripción son exactos y en conocimiento del delito que implica el falseamiento de la información, quedo sujeto a las normas que rigen administrativa y jurídicamente en la materia. Asimismo asumo el compromiso de presentarla oportunamente cuando se la requiera y en caso de discrepancia quedará excluido sin más trámite. Quedo además obligado a comunicar toda variación de domicilio dentro de los QUINCE (15) días corridos a partir de la producida la modificación y de todo dato declarado inicialmente. -----

----**2.-** Tomo conocimiento que debo aprobar cada una de las etapas del proceso para poder acceder a la siguiente y en el caso de los exámenes intelectual y físico se confeccionará un orden de mérito con las notas obtenidas el cual se tomará como referencia en caso de superar las vacantes para el ingreso. También acepto que una vez transcurrido mi periodo de formación en el Instituto de Formación, y dispuesta mi designación como Agente Penitenciario, la asignación del destino laboral se realizará conforme a las necesidades institucionales, el cual no necesariamente coincidirá con el lugar donde resido. -----

----**3.-** Tomo conocimiento expreso de la obligación a mi cargo de mantenerme informado de las fechas de cada una de las etapas del proceso de incorporación, fechas de exámenes y para rendir las cuales son publicadas en la página oficial del Servicio Penitenciario de la Provincia de Salta (<http://www.spps.gob.ar>), y en mi carácter de interesado asumo la responsabilidad de ello. ACEPTO las notificaciones por este medio, reconociendo que resulta suficiente constancia de notificación la publicación en la página web indicada, sin derecho a reclamo alguno por la omisión o negligencia en el control periódico del sitio web. -----

---- **4.-** Los exámenes y documentación respaldatoria de mi estado de salud correspondientes a la solicitud de ingreso son vigentes, originales, propios y actuales, reflejando mi real estado de salud en el momento de su presentación y acepto en caso de discordancia mi exclusión del proceso de incorporación y/o de la carrera en la etapa en la que me encuentre en caso de divergencia por cuanto resulta condición esencial para el egreso de la escuela correspondiente. -----

---- **5.-** Reconozco y asumo la obligación de presentar los estudios referidos en el punto anterior en tiempo y forma en la fecha a determinarse oportunamente y notificado del modo previsto en el punto 3) bajo apercibimiento de mi exclusión automática del proceso de incorporación, sin necesidad de notificación o intimación previa ni posterior. -----

---- **6.-** En caso de advertirse falsedad en los datos y/o estudios médicos referidos en la presente declaración jurada, acepto mi exclusión automática del proceso de incorporación y/o de la carrera en la etapa en la que me encuentre sin derecho a reclamo alguno. -----

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

En el tratamiento de los datos personales del presente certificado será de aplicación la Ley de Protección de los Datos Personales N° 25.326.



CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE VISU

---: En la ciudad de Salta, Capital de la provincia del mismo nombre, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil veintiuno, a horas _____, se labra la presente con el objeto de dejar constancia que comparece, el/la Sr./Sra. _____ N° _____, quien manifiesta que por voluntad propia y debidamente informado/a **presta consentimiento para recibir el examen médico (examen de visu)**, a ser realizado durante la Pandemia de COVID-19; entiende que el virus COVID-19 tiene un período largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Asimismo ha sido informado que las directrices de todas las instituciones de salud interna ionales, ante la situación de pandemia actual, recomiendan suspender la realización de tratamiento médico electivo. Confirma que **solicita el examen de VISU** por cuanto es uno de los requisitos fundamentales para el presente Periodo de Selección e Incorporación a los Institutos de Formación. Así mismo declara que no presenta, ni ha presentado en los últimos CATORCE (14) días, ninguno de los síntomas de COVID19 de la siguiente lista: fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, perdida del olfato o gusto. Declara que no ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos CATORCE (14) días. Declara haber sido atendido/a bajo estrictas normas de bioseguridad según indicaciones de la OMS, Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Salud de la Provincia de Salta. Declara haber sido informado/a y haber comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo de la presente acta de **“CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA COVID-19”** y las consecuencias de no informar correctamente las situaciones planteadas indicadas. Es todo cuanto se hace constar, no siendo para más se da por finalizada la presente, previa lectura y ratificación de su contenido, firmando por ante mí que CERTIFICO. -----

Firma del Paciente y Aclaración

DNI: _____

Profesional interviniente



G. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL POSTULANTE

Salta, ____ de _____ de 202__

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Fotocopia Autenticada del Título Secundario | <input type="checkbox"/> |
| 2. Constancia de Estudio o de Certificado en Trámite | <input type="checkbox"/> |
| 3. Certificado de Antecedentes Policiales | <input type="checkbox"/> |
| 4. Certificado de Residencia y Convivencia | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fotocopia autenticada de acta de casamiento (si lo fuere) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fotocopia de DNI | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fotocopia DNI esposa e hijos | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fotocopia de Acta de Nacimiento | <input type="checkbox"/> |
| 9. Constancia de Número de CUIL | <input type="checkbox"/> |
| 10. (03) Fotos Carnet 4 x4 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ergometría con Certificado Médico de Aptitud Física | <input type="checkbox"/> |

_: Sr. Postulante, la documentación presentada durante el trámite de inscripción tiene validez de (06) seis meses. Cumplido ese lapso y en caso de una nueva convocatoria, deberá actualizar de manera indefectible las mismas. Los postulantes que no resulten seleccionados, podrán retirar la documentación presentada, en forma personal por ante la Sección Incorporaciones de este Establecimiento.

Entregué Conforme

Incorporaciones

H. DOCUMENTACIÓN REINTEGRADA AL POSTULANTE

Salta, _____

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Fotocopia Autenticada del Título Secundario | <input type="checkbox"/> |
| 2. Constancia de Estudio o de Certificado en Trámite | <input type="checkbox"/> |
| 3. Certificado de Antecedentes Policiales | <input type="checkbox"/> |
| 4. Certificado de Residencia y Convivencia | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fotocopia autenticada de acta de casamiento (si lo fuere) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fotocopia de DNI | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fotocopia de Acta de Nacimiento | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fotocopia DNI esposa e hijos | <input type="checkbox"/> |
| 9. Constancia de Número de CUIL | <input type="checkbox"/> |
| 10. (03) Foto Carnet 4 x4 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ergometría con Certificado Médico de Aptitud Física | <input type="checkbox"/> |

Retiré Conforme

Incorporaciones