



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Pegar Foto 4 x 4

A. DATOS DEL POSTULANTE

Apellido/s _____

Nombre/s _____

Sexo: Masculino Femenina Altura: _____ Peso: _____

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

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) Marque con una **X** en la casilla correspondiente; las enfermedades padecidas:

	Si	No
ASMA BRONQUIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SINDROME VERTIGINOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARAMPION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUBEOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAROTIDITIS (Paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARICELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS (Tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUMBALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARICOCELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIAS OFTALMOLOGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTERACIONES PSIQUIATRICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Indique tratamiento:

2) FRACTURAS, LUXACIONES O ESGUINCES SUFRIDOS:

Marque con una **X** donde corresponda

ZONAS AFECTADAS	SI	NO	Fecha de Lesión
1- CRANEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- COLUMNA VERTEBRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- TORAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- PELVIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- MIEMBROS SUPERIORES (hombro, brazo, antebrazo, mano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- MIEMBROS INFERIORES (cadera, muslo, rodilla, pierna, pie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Breve relato del hecho, donde sufrió la lesión:			



3) TRASTORNOS MENTALES

	SI	NO	TRATAMIENTO
1- DEPRESION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- FOBIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- PANICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Breve relato:			

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Padece o padeció de alguna afección o insuficiencia cardíaca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padece o padeció alguna afección auditiva severa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Posee hernias o neoplasias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Posee deformaciones o asimetrías acentuadas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toma algún tipo de medicamento en forma habitual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Posee cicatrices? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mencione otras enfermedades padecidas: Si No

.....

.....

4) OTROS DATOS

1- USA ANTEOJOS? Si No

.....

4- Indique si consume algún tipo de sustancia alucinógena Si No

.....

.....

Indique si es **ALERGICO** a medicamentos, picaduras de insectos, comidas, etc.. Si No

.....

F. TATUAJES

POSEE TATUAJES? Si No Indique cantidad.....

Diseños:.....

.....

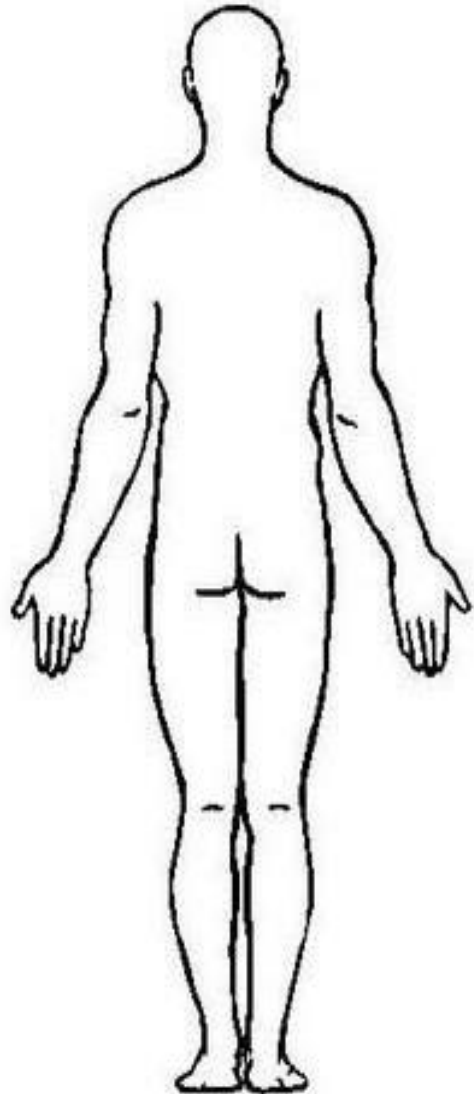
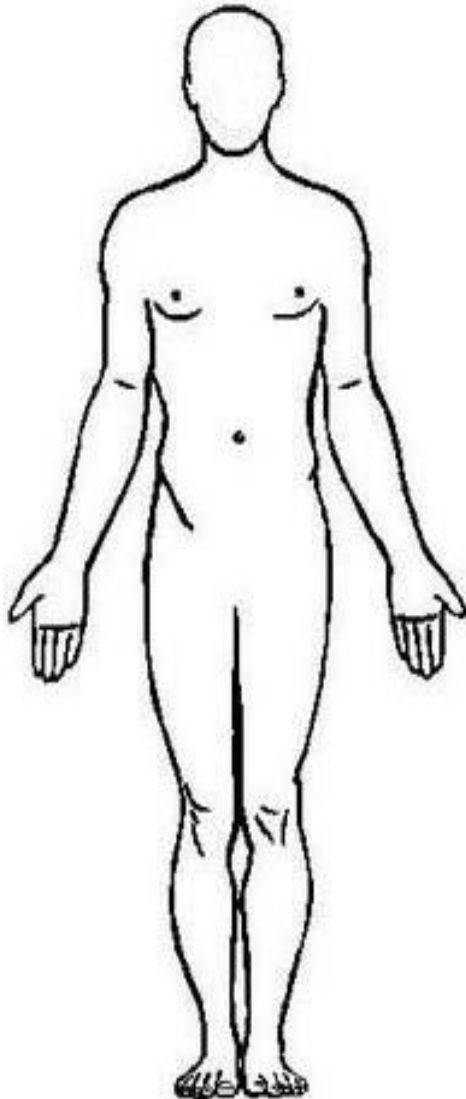
ubicación de los mismos:

.....

.....



PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL A CARGO DEL VISU



Declaro bajo juramento que los datos consignados son verdaderos, como así expreso mi voluntad de someterme a todos los estudios médicos que sean necesarios para comprobar mi aptitud física. -----

SALTA, ____ de _____ de 2024.

.....
Firma y aclaración del postulante

.....
Firma del Profesional



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 quedaré excluido sin más trámite. Quedo además obligado a comunicar toda variación de domicilio dentro de los **QUINCE (15) días** corridos a partir de 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.

----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, asumo la obligación de presentar los estudios referidos en tiempo y forma en la fecha a determinarse oportunamente, 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.- 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.-----

---- 6.- Presto consentimientos para que se me realice el Examen de Visu por cuanto es uno de los requisitos fundamentales para el Periodo de Selección e Incorporación 2024 a los Institutos de Formación.-----

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.



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 Actualizada de acta de casamiento (si lo fuere) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fotocopia simple de DNI ambos lados | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fotocopia DNI y Acta de Nacimiento Actualizada esposa/o e hijos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Fotocopia Actualizada de Acta de Nacimiento | <input type="checkbox"/> |
| 9. Constancia de Número de CUIL | <input type="checkbox"/> |
| 10. (01) 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, de Lunes a Viernes de 08:00 a 12:00 hs.

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 Actualizada de acta de casamiento (si lo fuere) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Fotocopia simple de DNI ambos lados | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fotocopia Actualizada de Acta de Nacimiento | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fotocopia DNI y Acta de Nacimiento Actualizada esposa/o e hijos | <input type="checkbox"/> |
| 9. Constancia de Número de CUIL | <input type="checkbox"/> |
| 10. (01) Foto Carnet 4 x4 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ergometría con Certificado Médico de Aptitud Física | <input type="checkbox"/> |

Retiré Conforme

Incorporaciones