



## **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. Sanguineo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Título Secundario: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Egreso: \_\_\_\_\_ Otros Títulos obtenidos o Cursos realizados: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Posee Hijo/a Sí  No

¿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 DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_/ \_/ \_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel. /Cel.: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_



### E. DATOS DE HERMANOS Y/O FAMILIAR CONVIVIENTE

| Apellido y Nombre | Edad | D.N.I. | Parentesco |
|-------------------|------|--------|------------|
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |
|                   |      |        |            |

### F. 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Importante:** La información que se consigna en el presente cuestionario, debe ser lo más exacta posible, a fin de evitar futuros inconvenientes al postulante. Tenga en cuenta que antes de ingresar, se le realizarán estudios médicos pre-ocupacionales completos





### **G. CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**

\_\_\_\_\_ : Declaro Bajo Juramento, cumplir con todas las condiciones y requisitos exigidos por las Reglamentaciones Vigentes para el ingreso a la Escuela de Cadetes del Servicio Penitenciario de la Provincia de Salta. Que los datos aportados en los Formularios de Inscripción son verdaderos y que la falsedad en alguno de ellos, habilitan a la Escuela de Cadetes a rechazar la incorporación de Postulante, u otorgar la Baja sin más trámites y de manera inapelable, del Aspirante o Cadete, según sea la etapa en que se encuentre transitando en este Centro de Formación. Que la Falsedad de algún Instrumento Público aportado como requisito para el ingreso, dará lugar a la aplicación de las normas administrativas que rigen en la Institución, sin perjuicio de realizar la denuncia policial o judicial correspondiente. Toda variación de los datos consignados en los formularios de inscripción, deberán ser comunicados a las autoridades de la Escuela de Cadetes, dentro de los (05) cinco días corridos a partir de la fecha en que estos se hayan producido. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante





## H. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL POSTULANTE

Cerrillos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.-

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 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 de DNI                                      | <input type="checkbox"/> |
| 6. Constancia de Número de CUIL                          | <input type="checkbox"/> |
| 7. Foto Carnet 4 x 4                                     | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ergometría con Certificado Médico de Aptitud Física   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fotocopia Autenticada Vacunación Completa de COVID-19 | <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



**I. DOCUMENTACIÓN REINTEGRADA AL POSTULANTE**

Cerrillos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023..-

1. Fotocopia Autenticada del Título Secundario
2. Constancia de Estudio o de Certificado en Trámite
3. Certificado de Antecedentes Policiales
4. Certificado de Residencia y Convivencia
5. Fotocopia de DNI
6. Constancia de Número de CUIL
7. Foto Carnet 4 x 4
8. Ergometría con Certificado Médico de Aptitud Física
9. Fotocopia Autenticada Vacunación Completa de COVID-19

Retiré Conforme

Incorporaciones