



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: _____

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). Sí ☐ No ☐
En caso que su respuesta sea positiva, especifique la lesión: _____
2. ¿Padece o padeció de alguna afección o insuficiencia cardíaca?
Sí ☐ No ☐
En caso que su respuesta sea positiva, especifique: _____
3. ¿Padece o padeció alguna afección o insuficiencia respiratoria severa?
Sí ☐ 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).
Sí ☐ No ☐
En caso que su respuesta sea positiva, especifique: _____
5. ¿Padece o padeció alguna afección neurológica?
Sí ☐ No ☐
En caso que su respuesta sea positiva, especifique: _____



6. ¿Padece o padeció alguna afección auditiva severa?

Sí ☐ No ☐

En caso que su respuesta sea positiva, especifique: _____

7. ¿Padece de algún tipo de alergia?

Sí ☐ No ☐

En caso que su respuesta sea positiva, especifique: _____

8. ¿Padece o padeció alguna otra afección que considere oportuno mencionar?

Sí ☐ 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?

Sí ☐ No ☐

En caso que su respuesta sea positiva, especifique: _____

11. ¿Posee cicatrices?

Sí ☐ No ☐

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

12. ¿Posee hernias o neoplasias?

Sí ☐ 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. AUTORIZACION PARA POSTULANTES MENORES DE EDAD

Cerrillos, ____ de ____ de 2.025.-

____: Por la presente, AUTORIZADO a mi hijo _____
____ D.N.I. _____

A inscribirse como postulante a ingresar a la Escuela de Cadetes del Servicio Penitenciario de la Provincia de Salta y participar de todo el proceso de selección implementando por ese Instituto de Educación Superior. _____

Firma del Padre, Madre o Tutor

H. DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

____: Al momento de presentar la carpeta de Inscripción, el POSTULANTE declara haber tomado conocimiento fehaciente de las CONDICIONES GENERALES para el ingreso a la Escuela de Cadetes, las cuales ACEPTA y se compromete a cumplir y mantener en caso de alcanzar su incorporación _____

____: Que el trámite de la documentación que debe presentar el postulante al momento de su inscripción y los gastos que generen las mismas, corre por cuenta exclusiva del postulante _____

____: Que al momento de realizar la inscripción para participar de todo el proceso de selección destinado a ingresar a la Escuela de Cadetes del Servicio Penitenciario de la Provincia de Salta, el POSTULANTE toma CONOCIMIENTO FEHACIENTE que este Instituto de Formación, queda EXIMIDO de cualquier RESPONSABILIDAD por accidentes ocurridos en trayectos in itinere del postulante al predio de la Escuela de Cadetes por cualquier trámite, accidentes ocurridos durante los exámenes físicos para el ingreso. _____

____: Que al momento de rendir los Exámenes Físicos, la Escuela de Cadetes contratará un servicio de Emergencia Médica que solamente cubrirá la primera atención al momento del accidente y de ser necesario el traslado hacia un nosocomio del área Salta- Capital. Toda otra atención especializada derivada del accidente, estudios médicos, tratamientos, intervenciones, medicamentos, rehabilitaciones, prótesis y otras circunstancias, corre por cuenta exclusiva del postulante. _____

Firma del Padre, Madre o Tutor
(Solo en el caso de los menores de 18 años)

Firma del Postulante



I. 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



J. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL POSTULANTE

Cerrillos, ____ de ____ de 2025.-

- | | |
|--|--------------------------|
| 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 | ☐ |

____: 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



K. DOCUMENTACIÓN REINTEGRADA AL POSTULANTE

Cerrillos, _____ de _____ de 2025.-

- | | |
|--|--------------------------|
| 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 de Partida de Nacimiento | ☐ |

Retiré Conforme

Incorporaciones