



ETAPA 1

Control documentación, peso, talla e IMC

FORMULARIO NRO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

DOCUMENTACION PRESENTADA POR EL POSTULANTE PARA CONVALIDAR LA INSCRIPCION:

(ESTOS DATOS SERÁN COMPLETADOS POR PERSONAL DEL DEPARTAMENTO PERSONAL)

Documentación	Entrega		Observaciones
Formulario de preinscripción original	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Documento Nacional de Identidad actualizado mostrando original y fotocopia del mismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Título secundario o polimodal analítico para su exhibición junto a fotocopia simple del mismo y/o Constancia de título en trámite con código Qr. emitida por la plataforma digital SIGETIC, únicamente para los egresados año 2023	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Acta de Nacimiento legalizada y actualizada.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Certificado de Buena Conducta actualizado emitido por la Policía de Tucumán (con fecha de emisión no mayor a 10 días a la fecha de presentación)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Certificado de Reincidencia emitido por el Registro Nacional de Reincidencia (con fecha de emisión no mayor a 10 días a la fecha de presentación)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

¿Reúne los requisitos según la documentación presentada?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de seleccionar NO, diga motivo:		
¿Puede continuar con el proceso de selección?	_____ Firma y sello del contralor	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

TOMA DE TALLA:

(ESTOS DATOS SERÁN COMPLETADOS POR PERSONAL DEL DEPARTAMENTO PERSONAL)

ESTATURA (EN METROS) _____ Mts. (ESTATURA MÍNIMA DE 1,60 MTS PARA MUJERES Y DE 1,65 MTS PARA VARONES)	_____ Firma y Sello del contralor
---	--------------------------------------

¿Reúne el requisito de talla requerido?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Fecha del control: ___/___/____

APTO NO APTO

OBS: _____

Firma y Sello del contralor

Notificado el aspirante:

Firma: _____

Aclaración: _____



ETAPA 1

Examen Médico de Visu (FEMENINO, HOJA 1)

FORMULARIO NRO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

EXAMEN MÉDICO DE VISU:

¡ATENCIÓN!

***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes que sean visibles en el cuerpo circunstancialmente con el uso de cualquier uniforme reglamentario de la Fuerza (se incluye vestimenta corta, como ser: short, remeras mangas cortas de gimnasia, polleras, etc.) y/o por interpretación de leyenda escrita o significado simbólico de los mismos.

***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes en proceso de remoción.

DERMATOLOGICO

(PARA EL ASPIRANTE, MARQUE CON UNA X DENTRO DEL RECUADRO LO QUE CORRESPONDA)

Tatuajes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cicatrices	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades Cutáneas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otra afección que afecte la estética	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Diga cuál?:		

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para que se me realice una inspección médica y registro fotográfico, en caso que se requiera, previa a mi incorporación a la Policía de Tucumán. Dejo constancia que me han explicado que la información que surja de la presente, es al solo fin de poder establecer si me encuentro dentro de las requisitorias del Decreto de Convocatoria dictado para el presente proceso, el que textualmente dice en unos de sus anexos... "No poseer tatuajes en las partes visibles del cuerpo que contraríen la prohibición prevista en el Reglamento de Uniformes y Equipos de la Policía de Tucumán (Art. 17, Inc. "b")". Por otra parte, poder constatar si me encuentro en condiciones físicas de incorporarme a las actividades a realizar en el curso para mi formación policial. Declaro bajo juramento haber comprendido lo explicado y acepto las condiciones propuestas. -----

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

FIRMA DEL ASPIRANTE

APELLIDO Y NOMBRE

NRO. D.N.I.

INSPECCION MEDICA

(PARA SER LLENADO POR EL MEDICO DE POLICIA)

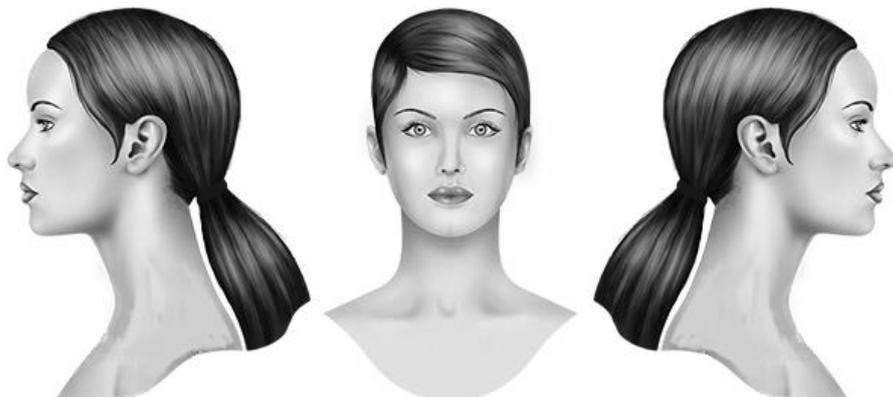
En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

Especifique cantidad de tatuajes posee:

Señale con un círculo en la figura donde se encuentran. →

Especifique el tamaño en cm largo/ancho c/u:

Observaciones: -----





ETAPA 1

Examen Médico de Visu (FEMENINO, HOJA 2)

FORMULARIO NRO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

(ESTA HOJA SERÁ SER LLENADO POR EL MÉDICO DE POLICÍA)

En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

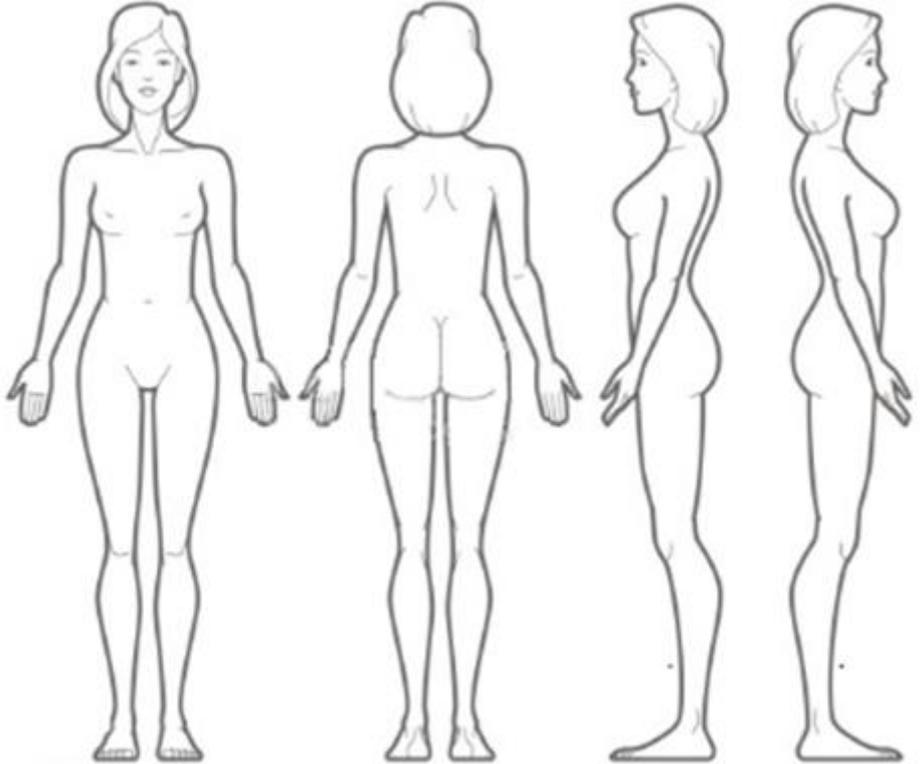
Especifique cantidad de tatuajes que posee:

Señale con un círculo en la figura donde se encuentran.



Especifique el tamaño en cm largo/ancho c/u:

Observaciones: _____



Observaciones: En caso de que el aspirante tenga alguna novedad, el profesional médico lo hará constar a continuación:

APARATO LOCOMOTOR	Miembro Superior	Izquierdo:	
		Derecho:	
	Miembro Inferior	Izquierdo:	
		Derecho:	
	Columna Vertebral	Dorsal:	
		Lumbo-Sacra:	
OFTALMOLOGICO (marque con una x lo que corresponda)		¿Usa anteojos? - SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
GENITOURINARIO – Obs:			
CARDIO-RESPIRATORIO – Obs:			
OTRAS OBSERVACIONES:			

¿Reúne todos los requisitos exigidos en esta ETAPA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de seleccionar NO, diga motivo:		

Fecha de revisión médica: ___ / ___ / ___

APTO NO APTO

Firma y sello del Profesional Medico

Notificado el aspirante:

Firma: _____

Aclaración: _____



ETAPA 1

Examen Médico de Visu (MASCULINO, HOJA 1)

FORMULARIO NRO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

EXAMEN MÉDICO DE VISU:

¡ATENCIÓN!

***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes que sean visibles en el cuerpo circunstancialmente con el uso de cualquier uniforme reglamentario de la Fuerza (se incluye vestimenta corta, como ser: short, remeras mangas cortas de gimnasia, polleras, etc.) y/o por interpretación de leyenda escrita o significado simbólico de los mismos.

***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes en proceso de remoción.

DERMATOLOGICO

(PARA EL ASPIRANTE, MARQUE CON UNA X DENTRO DEL RECUADRO LO QUE CORRESPONDA)

Tatuajes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cicatrices	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades Cutáneas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otra afección que afecte la estética	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Diga cuál?:		

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para que se me realice una inspección médica y registro fotográfico en caso de ser necesario, en caso que se requiera, previa a mi incorporación a la Policía de Tucumán. Dejo constancia que me han explicado que la información que surja de la presente, es al solo fin de poder establecer si me encuentro dentro de las requisitorias del Decreto de Convocatoria dictado para el presente proceso, el que textualmente dice en unos de sus anexos... "No poseer tatuajes en las partes visibles del cuerpo que contraríen la prohibición prevista en el Reglamento de Uniformes y Equipos de la Policía de Tucumán (Art. 17, Inc. "b")". Por otra parte, poder constatar si me encuentro en condiciones físicas de incorporarme a las actividades a realizar en el curso para mi formación policial. Declaro bajo juramento haber comprendido lo explicado y acepto las condiciones propuestas.

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

FIRMA DEL ASPIRANTE

APELLIDO Y NOMBRE

NRO. D.N.I.

INSPECCION MEDICA

(PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO DE POLICÍA)

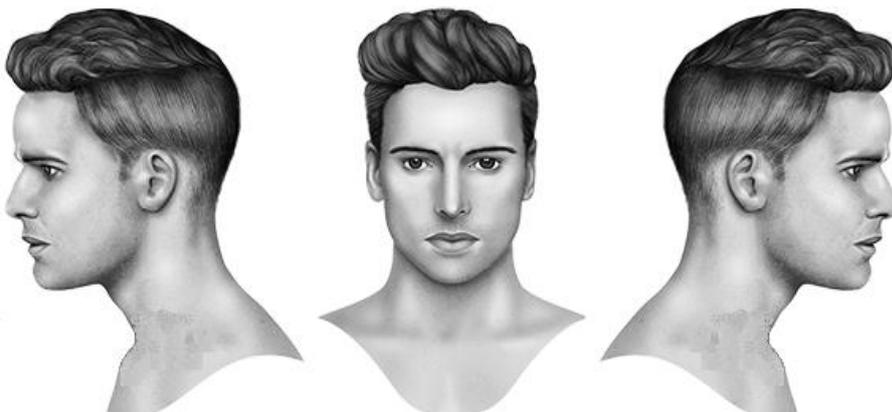
En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

Especifique cantidad de tatuajes posee:

Señale con un círculo en la figura donde se encuentran.

Especifique el tamaño en cm largo/ancho c/u:

Observaciones: _____





ETAPA 1

Examen Médico de Visu (MASCULINO, HOJA 2)

FORMULARIO NRO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

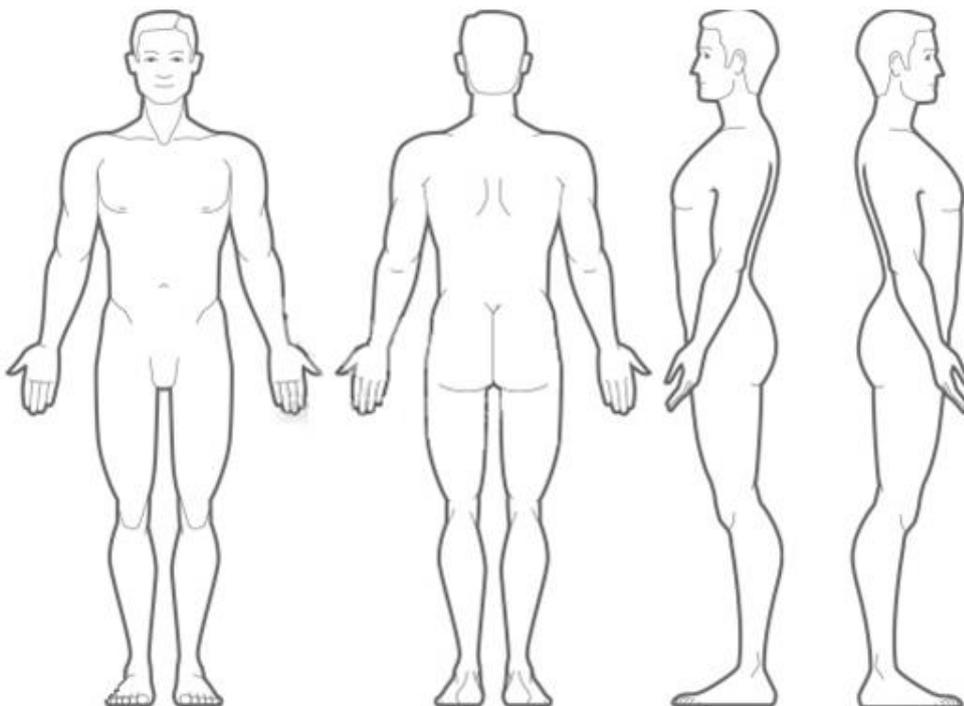
D.N.I.: _____

(ESTA HOJA SERÁ SER LLENADO POR EL MÉDICO DE POLICÍA)

En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

Especifique cantidad de tatuajes que posee:

Señale con un círculo en la figura donde se encuentran.



Especifique el tamaño en cm largo/ancho c/u:

Observaciones: _____

Observaciones: En caso de que el aspirante tenga alguna novedad, el profesional médico lo hará constar a continuación:

APARATO LOCOMOTOR	Miembro Superior	Izquierdo:
		Derecho:
	Miembro Inferior	Izquierdo:
		Derecho:
	Columna Vertebral	Dorsal:
		Lumbo-Sacra:

OFTALMOLOGICO
 (marque con una x lo que corresponda) ¿Usa anteojos? - SI NO

GENITOURINARIO – Obs:

CARDIO-RESPIRATORIO – Obs:

OTRAS OBSERVACIONES:

¿Reúne el requisito de talla, peso e IMC requerido? SI NO

Eo de seleccionar NO, diga motivo:

Fecha de revisión médica: ___/___/____

APTO NO APTO

 Firma y sello del Profesional Medico

Notificado el aspirante:

Firma: _____

Aclaración: _____

CONVOCATORIA AGENTE POLICIA DE TUCUMÁN – AÑO 2024

