



# ETAPA 1

Control documentación y talla.

**FORMULARIO NRO:** \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

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

**DOCUMENTACION PRESENTADA POR EL ASPIRANTE PARA CONVALIDAR LA INSCRIPCION:**

(ESTOS DATOS SERÁN COMPLETADOS POR PERSONAL DEL DEPARTAMENTO PERSONAL)

Documentación	Entrega		Observaciones
1) Formulario de inscripción original por duplicado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2) Documento Nacional de Identidad actualizado mostrando original y fotocopia del mismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3) Título analítico secundario original junto a fotocopia del mismo o en su caso y únicamente para los egresados año 2023/2024 Constancia de título en trámite con código Qr.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
4) Acta de Nacimiento legalizada y actualizada.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
5) Certificado de Buena Conducta actualizado (con fecha de emisión no mayor a 10 días a la fecha de la presentación)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
6) Certificado de Reincidencia actualizado (con fecha de emisión no mayor a 10 días a la fecha de la presentación)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

¿Reúne los requisitos según la documentación presentada?

SI  NO

En caso de seleccionar NO, diga motivo:

\_\_\_\_\_

¿Puede continuar con el proceso de selección?

SI  NO

\_\_\_\_\_

Firma y sello del contralor

**TOMA DE TALLA:**

(ESTOS DATOS SERÁN COMPLETADOS POR PERSONAL DEL DEPARTAMENTO PERSONAL)

<p><b>ESTATURA</b> (EN METROS)</p> <p style="text-align: right;">_____ Mts.</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma y Sello del contralor</p>
---	---

¿Reúne el requisito de talla?

SI  NO

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 sea practicada 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 (extremidades superiores e inferiores), que resultaren obscenos, ofensivos, indecentes y/o atentatorios a valores institucionales; no poseer tatuajes faciales (cuello/rostro) de cualquier índole y/o tamaño, por alterar la identificación fisonómica". 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  
.....  
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:

\_\_\_\_\_

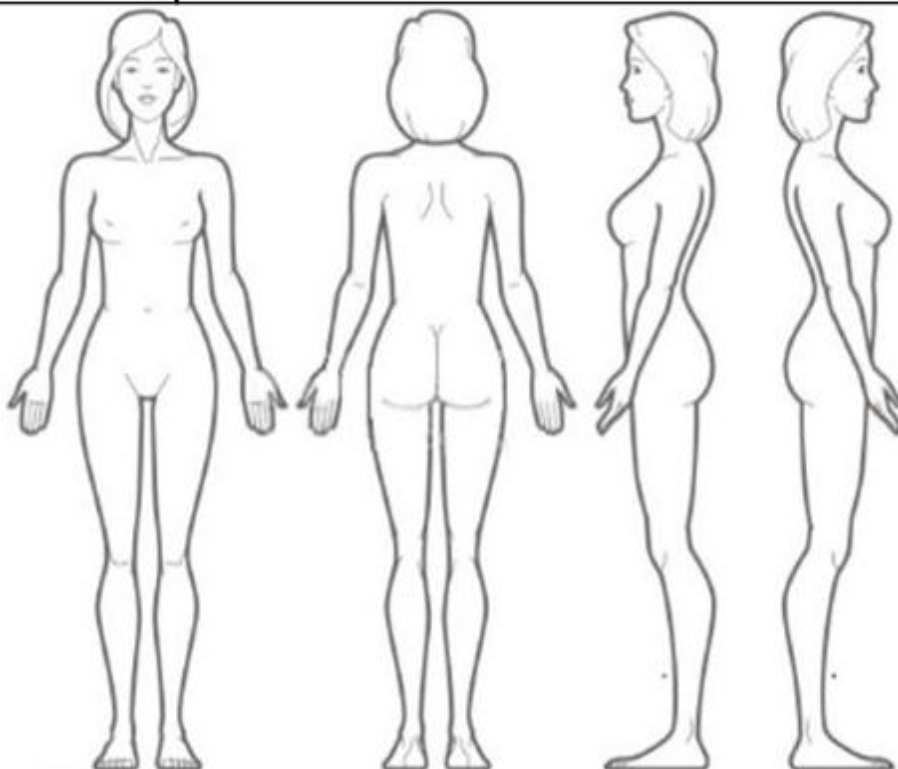
Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**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  NO

**GENITOURINARIO – Obs:**

**CARDIO-RESPIRATORIO – Obs:**

**OTRAS OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

¿Reúne todos los requisitos exigidos en esta ETAPA? SI  NO   
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 sea practicada 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 (extremidades superiores e inferiores), que resultaren obscenos, ofensivos, indecentes y/o atentatorios a valores institucionales; no poseer tatuajes faciales (cuello/rostro) de cualquier índole y/o tamaño, por alterar la identificación fisonómica". 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

.....  
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. →

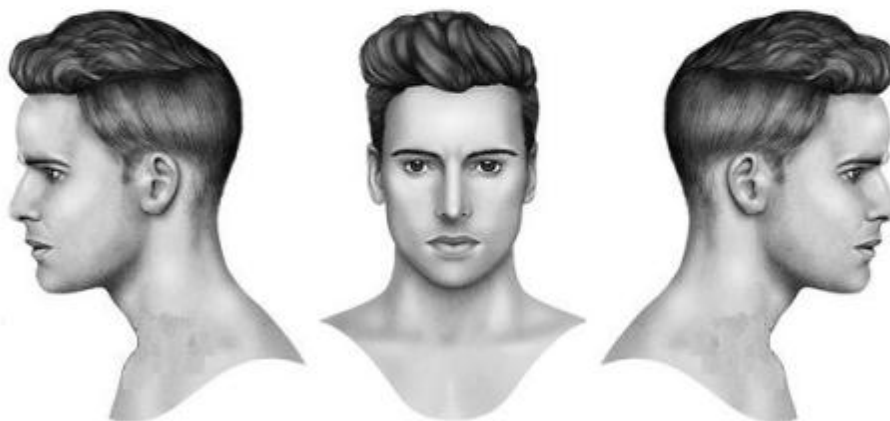
Especifique el tamaño en cm largo/ancho c/u:

-----

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:

-----

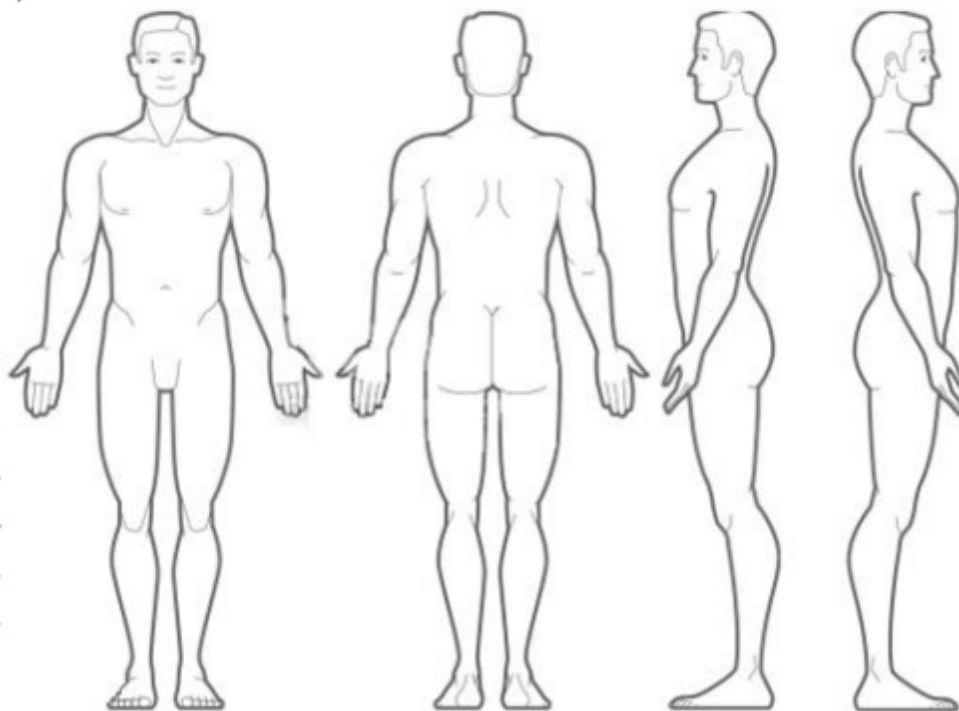
Observaciones: \_\_\_\_\_

-----

-----

-----

-----



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

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

¿Reúne el requisito de talla, peso e IMC requerido?

SI

NO

En caso de seleccionar NO, diga motivo:

Fecha de revisión médica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

APTO

NO APTO

Notificado el aspirante:

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

-----  
Firma y sello del Profesional Medico