



# ETAPA 1

Control documentación, peso, talla e IMC (HOJA 1)

DECRETO NRO: \_\_\_\_\_  
 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
Formulario de inscripción 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"/>	
Fotocopia simple de título secundario y/o constancia de finalización de estudios emitidas por el SIGETIC.	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	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Certificado de antecedentes penales del Registro Nacional de Reincidencia actualizado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Constancia de CUIL.	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?	

SI  NO 

Firma y sello del contralor

**TOMA DE PESO, TALLA Y CÁLCULO DE IMC:**

(ESTOS DATOS SERÁN COMPLETADOS POR PERSONAL DEL DEPARTAMENTO PERSONAL)

ESTATURA (EN METROS)	_____ Mts.	Firma y Sello del contralor
PESO (EN KILOGRAMOS)	_____ kgs.	
Índice de Masa Corporal: _____		

¿Reúne el requisito de talla, peso e IMC requerido?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso de seleccionar NO, diga motivo:	

Fecha del control: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Notificado el aspirante:APTO  NO APTO 

OBS: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del contralor

Aclaración: \_\_\_\_\_



# ETAPA 1

Examen Médico de Visu Unisex (HOJA 2)

DECRETO NRO: \_\_\_\_\_  
 FORMULARIO NRO: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_

## EXAMEN MÉDICO DE VISU:

### ¡ATENCION!

\*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 se me ha 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 piercing ni tatuajes previstos en el Reglamento de Uniformes y Equipos de la Policía de Tucumán (DECRETO N° 785/14 (SSC) - Artículo 17º 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

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:

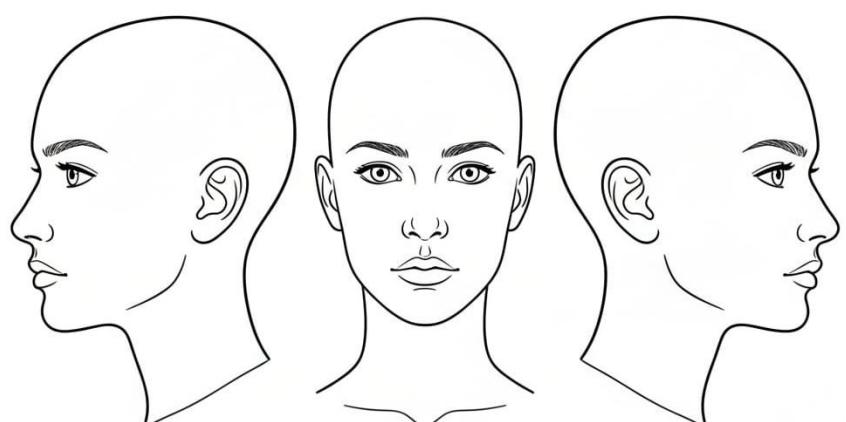
-----

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 Unisex (HOJA 3)

DECRETO NRO: \_\_\_\_\_  
 FORMULARIO NRO: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_

( PARA SER LLENADO POR EL MEDICO DE POLICIA)

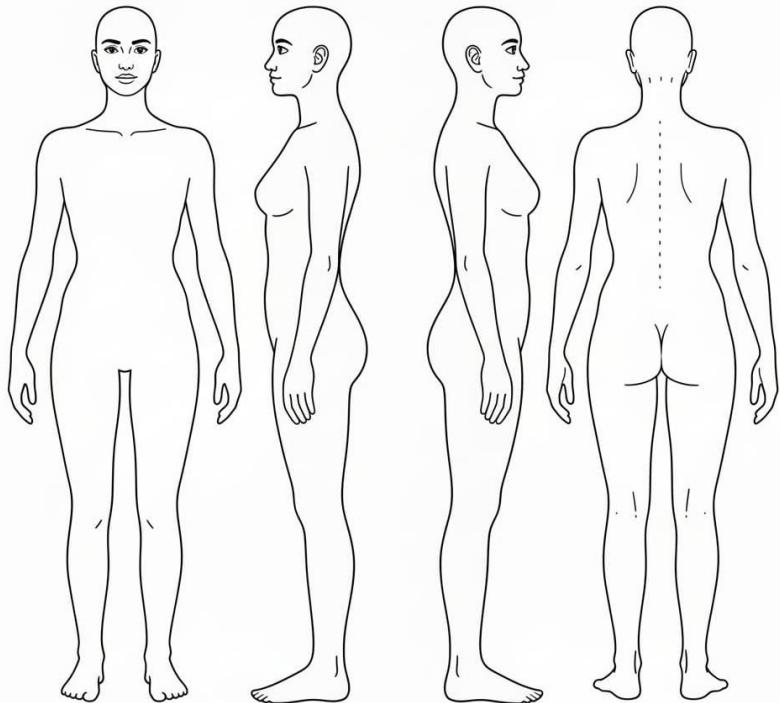
**En caso positivo de tatuajes o cicatrices:**

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

¿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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Notificado el aspirante:APTO  NO APTO 

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

Aclaración: \_\_\_\_\_