



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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ 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: ____/____/____

APTO ☐ NO APTO ☐

OBS: _____

Firma y Sello del contralor

Notificado el aspirante:

Firma: _____

Aclaración: _____



ETAPA 1

Examen Médico de Visu Unisex (HOJA 2)

DECRETO NRO: _____

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 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 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

APELLIDO Y NOMBRE

NRO. D.N.I.

INSPECCION MEDICA

(PARA SER LLENADO POR EL MEDICO DE POLICIA)

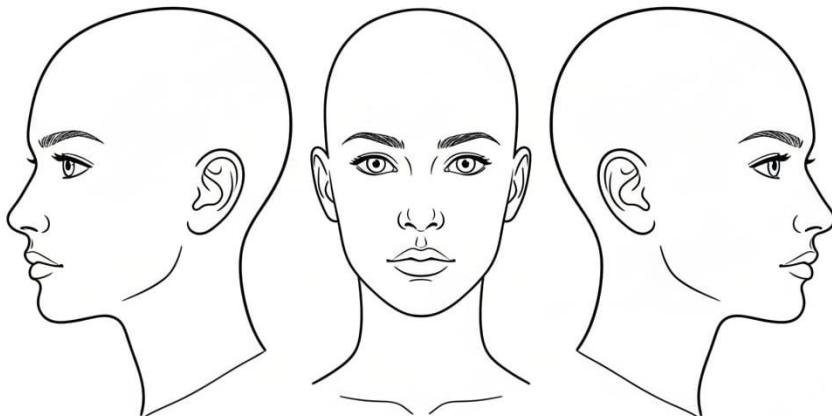
En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

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 POLICÍA)

En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

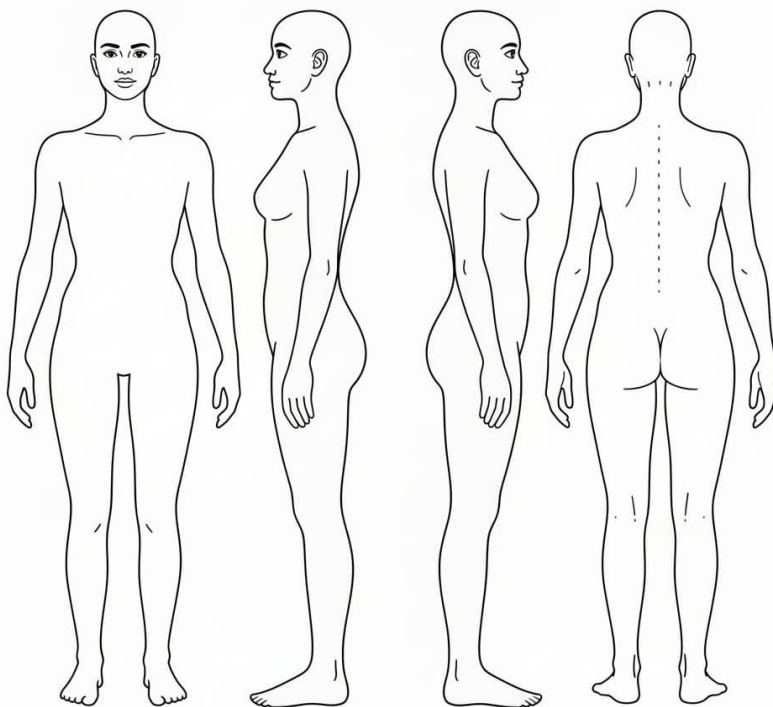
Especifique cantidad de tatuajes que posee:

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 ☐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: _____