

**ESCUELA DE CADETES**

**“Insp. Gral. BALTASAR ARMANDO IRAMAIN”**

**INSTITUTO SUPERIOR**

**DE FORMACIÓN TÉCNICA N° 6001**

**INGRESO 2020**



CIERRE DE INSCRIPCIÓN

09/08/19

*El Servicio Penitenciario de la provincia de Buenos Aires es un organismo estatal que contribuye al mantenimiento del orden público y colabora con la obtención de la paz social.*

*Actúa como auxiliar de la administración de justicia y presenta dependencia del Ministerio de Justicia, a través de la Subsecretaría de Política Penitenciaria.*

*La Ley N° 12256 de Ejecución Penal Bonaerense, sancionada en 1999, define como sus ámbitos y órganos de aplicación: "La asistencia de los procesados y el tratamiento y/o asistencia de los condenados a penas privativas o restrictivas de la libertad y/u otras medidas de seguridad, de tratamiento o de otro tipo, dispuestas por autoridad judicial competente, como así la actividad y orientación penitenciaria".*

*La finalidad de la legislación vigente es la adecuada implementación de la asistencia y el tratamiento a los procesados y condenados, apuntando "al fortalecimiento de la dignidad humana y el estímulo de actitudes solidarias inherentes a su condición de ser social".*

**PERÍODO Y LUGAR DE INSCRIPCIÓN**

**SEDE LA PLATA**

INSCRIPCIÓN

PERÍODO

Para cursar la Tecnicatura Superior, la inscripción estará abierta hasta el 09 de agosto de 2019.

LUGAR

El lugar de inscripción será el Instituto Superior de Formación Técnica Nº 6001, ubicado en la Avenida Nº 44, Nº 2000, entre las calles 133 y 135, de la ciudad de La Plata.

DÍAS

Se atenderá de lunes a viernes.

HORARIO

De 08 a 12 y de 13 a 17

VÍAS DE CONTACTO

CÓDIGO POSTAL

1900

TELÉFONO

(0221) 470-2491 y 470-3997

CORREO ELECTRÓNICO

Ingreso.cadetesspb@gmail.com

Los datos serán actualizados permanentemente en la página web del Servicio Penitenciario:

[**www.spb.gba.gov.ar**](http://www.spb.gba.gov.ar)

**REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN**

Sólo serán admitidas en calidad de postulantes para la inscripción en el Escuela de Cadetes “Insp. Gral. Baltasar A. Iramain” (ISFT N°6001) aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos:

A / Tener entre diecisiete (17) y veinticuatro (24) años al 14/02/2020

B / Ser argentino, nativo o por opción

C / Tener certificación de estudios secundarios completos

D / No poseer antecedentes penales

E/ Entregar en término solicitud y documentación administrativa completa.

Para considerarse formalmente inscripto, deberá remitir o traer personalmente toda la documentación administrativa (requerida en página 5), **antes del 30 de agosto de 2019**, sin excepción.

**Los estudios médicos** mencionados en este documento, **sólo serán requeridos a los aspirantes que aprueben las evaluaciones psicológicas y de conocimientos generales** y deberán ser presentados en la Sección Sanidad en el mes de octubre y noviembre.

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA FORMALIZAR LA INSCRIPCIÓN**

**(LA CUAL SERA RECIBIDA HASTA EL DIA 30/08/2019 SIN EXCEPCION)**

1/ Presentar impreso la constancia de preinscripción realizada en la página www.spb.gba.gov.ar del Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires (debe realizarse antes del 09/08/2019 –fecha de finalización preinscripción vía web-)

2/Ficha de inscripción debidamente conformada y completa (con letra imprenta y lapicera, páginas 16 a 20).

3/Certificado analítico original de enseñanza media completo, LEGALIZADO en el Ministerio del Interior (calle 1 entre 43 y 44); con copia certificada del mismo (calle 13 entre 56 y 57 o Consejo Escolar correspondiente a cada domicilio).

1. En el caso de no poseer Analítico: Se presenta una constancia de Analítico Completo en Trámite, especificada la misma con la leyenda “No se adeudan espacios curriculares”.
2. En el caso de adeudar materias: La constancia debe aclarar cuantas y cuales adeuda; teniendo tiempo de regularizar la situación académica al 31/05/2020.
3. En el caso de estar cursando el último año del Secundario: Constancia de alumno regular.

4/Fotocopia del frente y dorso del DNI (versión actualizada).

5/ Certificado Nacional de Reincidencia. Deberá ingresar a la página web para solicitar turno y realizar el debido tramite [WWW.DNREC.JUS.GOB.AR](http://WWW.DNREC.JUS.GOB.AR)(en esta página deberá descargar el formulario de pago y luego concurrir el día del turno asignado, con el tramite abonado a la Calle 13 entre 34 y 35 Nº 129, La Plata.)

6/ Certificado Provincial de Antecedentes Policiales. Deberá ingresar a la página web y realizar el debido trámite[WWW.GUT.GBA.GOB.AR](http://WWW.GUT.GBA.GOB.AR) (en esta página deberá descargar el timbrado y formulario de datos personales), además deberá concurrir al asiento de la Escuela de Cadetes a los fines de completar nota de estilo para presentar dicho trámite ante el Ministerio de Seguridad. (la cual se encuentra en la página24)

7/ Declaración jurada para postulantes. (Páginas 21 a 23 según corresponda por la edad)

8/Quienes ya pertenezcan al Servicio Penitenciario deberán, además, presentar Planilla de Antecedentes Personales - laborales, expedida por la Oficina de Personal del destino y la correspondiente autorización de las autoridades del Establecimiento donde presta servicios.

9/ Una carpeta tres solapas (amarillo femenino – verde masculino)

***INFORMACION GENERAL***

**PROCESO DE SELECCIÓN**

El proceso de selección consistirá en la administración de pruebas, **eliminatorias en cada instancia**,

Los postulantes deberán presentarse con su DNI, en la fecha y el horario que se los cite, con vestimenta acorde a un establecimiento educativo.

Para afrontar las diferentes evaluaciones, cada aspirante deberá traer:

* Útiles de escritura

(Lápiz, goma y lapicera).

* Elementos personales:

Un (1) equipo deportivo y elementos de higiene personal.

**EVALUACIONES:**

Las evaluaciones son las que se bosquejan a continuación:

Examen Psicológico – sábado 07/09/2019, a partir de las 08hs.

Se realizarán pruebas grupales e individuales a cargo de profesionales psicólogos, con la finalidad de comprobar que no existan patologías o deficiencias de índole psicológica en los postulantes que sean causales de exclusión y, además, visualizar las competencias requeridas para el ingreso a la Institución de acuerdo al perfil profesional pretendido para las tareas del Escalafón Cuerpo General.

Examen de Conocimientos Generales – sábado 28/09/2019, a partir de las 08hs.

Los inscriptos que hayan aprobado el examen psicológico, deberán resolver en forma escrita una prueba que tiene como objetivo realizar una selección de los aspirantes, como así también efectuar una evaluación diagnóstica de las destrezas cognitivas tales como: interpretar, analizar, sintetizar, ordenar, describir, definir, comparar y relacionar contenidos. Por otra parte, se medirán conocimientos acerca de temáticas las que a continuación se describen:

**LENGUA Y GRAMÁTICA**  
**1ra. parte**

* Sinónimos y antónimos
* Plurales y singulares

Gramática básica, fundamentado en la importancia de la riqueza del vocabulario, en la variedad y amplitud de expresiones para la comunicación, considerando los diferentes contextos y usos.  
  
**2da. parte**

* Comprensión de textos

Competencia básica para poder acceder al material escrito que ofrezcan las diferentes asignaturas, emitir juicios y reflexionar acerca de los textos. Permite desarrollar el razonamiento y pone en marcha estrategias que facilitan la comprensión.

**HISTORIA ARGENTINA**

* Poblaciones autóctonas – Características principales
* Conquista española – Características – Fundación de Buenos Aires
* Creación del virreinato (1776) – Nueva organización geográfica, administrativa, económica y política
* Invasiones inglesas
* Revolución de Mayo – Personas que sobresalieron
* Primeras formas de organización – Junta – Triunvirato – Directorio
* Luchas por la independencia
* Asamblea del año 1813
* Declaración de la independencia
* Presidencia de Rivadavia – Guerra con Brasil – Tratado de paz
* Dorrego
* Confederación Argentina
* Unitarios y federales
* Caudillismo
* Gobierno de Rosas
* Estado Nacional – Constitución de 1853
* Batalla de Caseros – Batalla de Pavón
* Presidencias históricas
* De Roca a Yrigoyen– Gobiernos radicales
* Conservadurismo
* Peronismo
* El proceso 1976
* 1983 vuelta de la democracia

Bibliografía sugerida:

* Romero, Luis Alberto “Breve historia contemporánea de la Argentina”. Ed. Eudeba.
* Romero, José Luis “Breve historia de la Argentina”. Ed. Fondo de Cultura Económica.

**INSTRUCCIÓN CÍVICA**

* Nación
* Estado
* Forma de gobierno
* División de poderes
* Constitución Nacional: Art. 1; 5; 6; 14; 14 bis; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 41; 75 (Inciso 22)
* Constitución de La Provincia de Buenos Aires: Art 1; 28; 30; 36 (Incisos 1 al 10)

Bibliografía sugerida

* Ziulu, Adolfo Gabino “Derecho Constitucional” tomo 1. Ed. Depalma
* Bidart Campos “Tratado elemental de derecho constitucional argentino” tomo 1. Ed. EDIAR

**MÁTEMÁTICAS**

Proporcionalidad. Problemas y Operaciones

* Regla de tres simple.
* Propiedades matemáticas para la resolución de problemas.
* Porcentaje.
* Calculo de Área y Volúmenes de figuras simples (cuadrado, rectángulo, triangulo, circulo, etc...)

Lógica. Pensamiento Lateral

* Resolución de problemas de pensamiento lateral

La calificación será numérica, aprobándose con un mínimo de 04 (cuatro) puntos.

Examen de Salud –

FECHA LÍMITE DE ENTREGA DE ESTUDIOS MEDICOS 15/11

Examen médico desde el miércoles 20/11 hasta el viernes 29/11/2019, a partir de las 08hs.

Los postulantes que hayan aprobado la evaluación de conocimientos generales, deberán cumplimentar con el examen de salud. Una vez entregados los estudios médicos completos, serán convocados para la evaluación correspondiente.

Este examen tiene la finalidad de comprobar que en los postulantes no existan causas de exclusión médica. La Dirección Provincial de Salud Penitenciaria tendrá a su cargo la realización de una serie de estudios que abarcan distintos aspectos físicos y orgánicos de todos los inscriptos. Además se realizarán mediciones antropométricas.

Instructivo

1. **Los Estudios Médicos solicitados serán recepcionados en la Sección Sanidad de la Escuela de Cadetes “Insp. Gral. Baltasar A. Iramain”– (ISFT Nº6001), desde el 07/10/2019 hasta el 15/11/2019 sin excepción, de lunes a viernes en el horario de 08:00 a 17:00 hs.**
2. Ud. deberá completar la página 25 y 26 de la ficha de reconocimiento médico para ingreso a la escuela de cadetes SPB teniendo presente que la misma tiene carácter de **DECLARACION JURADA**.
3. Deberá concurrir a los especialistas Cardiólogo, oftalmólogo, neurólogo y otorrinolaringólogo a fin de que dichos especialistas completen el apartado de cada uno de ellos que se encuentra en la página 27 y 28, y realizar los estudios que allí figuran.
4. Deberá presentar certificación de vacunación completa (libreta sanitaria o certificado)
5. Deberá realizarse los siguientes estudios médicos que serán incluidos en la carpeta.

* Laboratorio (hemograma, urea, creatinina, ERS, glucemia, perfil lipídico, hepatograma, Grupo y factor sanguíneo, Coagulograma, orina completa, serología HIV, Chagas, VDRL y HcGβ en caso de mujer).
* Rx. tórax F y P con informe
* Rx. columna lumbosacra F y P con informe.
* ECG.
* Ergometría.
* Audiometría.
* Electroencefalograma.
* Espirometría.
* Evaluación bucodental.

1. Las páginas 29 y 30 serán llenadas por los médicos el día del examen clínico.
2. El Embarazo durante el ingreso será considerado motivo para licenciar a la aspirante
3. **Serán ser motivos de rechazo las siguientes afecciones detalladas a continuación**:

* **ESTATURA:** inferior a **1,50 mts**. para femeninas y **1,60 mts**. para masculinos.
* **PESO:** Índice de Masa Corporal (IMC) el cual surge de dividir peso sobre altura al cuadrado **(IMC=peso/altura²) menor a 18.5 o mayor a 30.**
* **AGUDEZA VISUAL:** tener una agudeza visual menor a **7/10** en cada ojo sin corrección.
* **AUDICIÓN:** sordera progresiva o perdida superior al **20%**
* Padecer alguna de las siguientes patologías: Varices, Hernias Inguinales, Artritis, Diabetes, Epilepsia, Hipertensión, hemorroides, flebitis, tromboflebitis, varicocele, Dislalias, Sífilis, Hipertiroidismo, haluxvalgus, pie plano, secuelas de fracturas o cirugías.
* Tatuajes en zonas expuestas al uniforme con motivos impropios.
* No ser considerado Apto al realizarse la evaluación odontológica.

LISTADO DE ESTUDIOS SOLICITADOS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HEMOGRAMA | ORINA COMPLETA | HEPATOGRAMA | ESPIROMETRIA |
| UREA-CREATININA | COAGULOGRAMA | HIV-VDRL-CHAGAS | ELECTROENCEFALOGRAMA |
| GLUCEMIA | GRUPO Y FACTOR | RX TORAX F-P  con informe | ELECTROCARDIOGRAMA |
| PERFIL LIPIDICO | ERS | RXOL.LUMBOSACRA F-P,con informe | ERGOMETRIA |
|  |  | SI FEMENINO BETA HcG | AUDIOMETRIA |

Requisitos odontológicos a evaluar:

1 /Odontograma completo.

2 / Caries no tratadas (focos sépticos).

3 / Restos radiculares (focos sépticos).

4 / Faltantes de piezas dentarias (sector anterior y posterior que afecten a la masticación, estética y fonación sin su correspondiente rehabilitación).

5 / Examen intraoral.

6 / Examen extraoral.

7 / Fisura palatina.

8 / Oclusión y/o alteración de ATM. (Articulación Temporo Mandibular)

NOTA I

Todos los estudios médicos deberán presentarse en una sola carpeta de cartulina, de tres solapas, tamaño oficio (color verde para masculino y amarilla para femenino)con apellido/s, nombre/s y D.N.I. en la portada.

NOTA II

En el supuesto caso de que el postulante logre la incorporación al Instituto Superior, es posible que se le soliciten otros estudios médicos.

NOTA III

En caso de enviar la documentación y la solicitud de inscripción por correo, deberán hacerlo por carta certificada, debiendo colocar en el sobre el siguiente destinatario:

Señor Director de la

Escuela de Cadetes “Inspector General Baltasar Armando Iramain”

Instituto Superior de Formación Técnica N° 6001

Oficina de Ingreso Tel. (0221) 470-3997

Av. 44 N° 2000 Esq. 135, La Plata (1900)

Provincia de Buenos Aires

Examen de Aptitud Física –

Femeninos: lunes 09/12/2019, a partir de las 08hs.

Masculinos: martes 10/12/2019, a partir de las 08 hs.

Habiendo obtenido el Apto Médico, los profesores en Educación Física de la Institución administrarán distintas pruebas a efectos de diagnosticar la aptitud y el rendimiento físico, a través de un test de coordinación y destreza y de una prueba de medición de la capacidad aeróbica.

Resistencia Aeróbica 1.000 metros.

Masculino: tiempo máximo 5 minutos.

Femenino: tiempo máximo 6 minutos.

Abdominales en 30 segundos.

Masculino: cantidad mínima 22.

Femenino: cantidad mínima 18.

Flexiones de brazos en 30 segundos.

Masculino: cantidad mínima 24.

Femenino: cantidad mínima 16.

Recorrido de habilidad, coordinación y destreza motora

**ESTACION N° 1**.

1. 8 saltos de soga consecutivos a pies juntos.
2. Carrera (5) cinco metros.
3. Salto de una valla (60 cm.).
4. Carrera (5) cinco metros.
5. Salto en largo (2) dos metros.
6. Carrera (5) cinco metros.
7. Salto de una valla (80 cm.).

**ESTACION N°2**

1. Rol adelante
2. Reptación.
3. Carrera con giro a la izquierda (5) cinco metros.

**ESTACIÓN N° 3**

a) Recepción de pelota de básquet y dribling entre (3) tres conos separados entre sí a (3) tres metros cada uno y (3) tres conos separados a 1,50 metros.

b) Sin detener el traslado volver al lugar de partida con dribling en recorrido recto (sin conos) y pase recto con ambas manos (de pecho) al final de la estación

**ESTACIÓN N° 4**

a) Carrera (10) diez metros y giro a la izquierda.

b) (3) tres saltos con pie derecho, las marcas fijadas en el piso a 0,50 metros.

c) (3) tres saltos con pie izquierdo, las marcas fijadas en el piso a 0,50 metros.

d) Carrera final (10) metros hasta la llegada.

Entrevista Personal con referentes Institucionales

Reunión de los postulantes que hayan aprobado todas las instancias de exámenes con Autoridades de la Institución, en la cual se concluye el diagnostico del entrevistado.

**APARTADO DE ACLARACIONES**

Se recomienda a los postulantes leer con atención los apartados que se presentan a continuación, vinculados con aspectos fundamentales del proceso de inscripción.

ACLARACIÓN I

Al concluir los exámenes y obtener el *Apto* en las distintas instancias evaluadoras (cada una de ellas presenta carácter eliminatorio), se elaborará una nómina (de mayor a menor) según un orden emanado del promedio que arrojen los exámenes descriptos (Orden de Mérito). En función de ese listado y vinculado con las necesidades de la Institución, ingresará sólo una cantidad determinada de postulantes según el cupo que determine la Jefatura del Servicio Penitenciario.

ACLARACIÓN II

Se deja constancia de que de la totalidad de los que efectivamente ingresen se destinará un cupo del diez por ciento (10%) para personal que revista en el Servicio Penitenciario, sujeto a los parámetros ya enunciados. No obstante, la incorporación de aquellos Suboficiales que exhiban cualquier tipo de sanción institucional en su legajo personal, quedará a consideración y decisión final por parte de las autoridades de la Repartición.

ACLARACIÓN III

Los postulantes podrán conocer los resultadosa través de notificaciones formales emitidas por el Instituto Superior. Asimismo, las notas y posiciones en el respectivo Orden de Mérito estarán dispuestas en un transparente en la sede del Instituto. Dicha circunstancia tendrá valor de notificación oficial, quedando bajo la responsabilidad de cada postulante dirigirse al establecimiento para conocer la citada información.

ACLARACIÓN IV

Los aspirantes que aprueben todos los exámenes deberán presentar el primer día de su incorporación:

1/ Cuatro (4) fotografías actuales tipo carné, tamaño 4 x 4, 3/4 perfil derecho, fondo blanco MASCULINO: Con camisa blanca y corbata negra. FEMENINO: Con camisa blanca y pelo recogido.

2 / Fotocopia legalizada de la partida de nacimiento.

3 / En caso de ser casado o vivir en unión convivencial, deberá presentar certificado de inscripción en el registro correspondiente.

4 / Fotocopia de DNI y partida de nacimiento de los hijos.

5 / Fotocopia de constancia de CUIL. (cantidad 6)

6/ Informe Negativo Laboral de ANSES (disponible en el sitio web de ANSES).

7/ Fotocopia del anverso y reverso de DNI (cantidad 6)

ACLARACIÓN VI

Se deja constancia de que todos los aspirantes que se incorporen a la Escuela de Cadetes en calidad de alumnos, deberán suscribir la normativa vigente que regula la actividad global de todos los estudiantes durante la totalidad de la carrera. Por otra parte, se hace saber que el Instituto Superior delega en los estudiantes la responsabilidad de obtener la indumentaria obligatoria requerida.

ACLARACIÓN VII

Los postulantes que no obtengan el ingreso al Instituto Superior, podrán retirar la documentación presentada, a partir del 01/01/2020y hasta el 31/01/2020.



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

INGRESO AÑO 2020

Foto

Lugar: Fecha:

1/ Datos personales

Apellido / s ................................................................................................................................................

Nombres ...................................................................................................................................................

D.N.I.................................... Edad.....................Nacionalidad ...............................................................

Fecha de Nacimiento........................... Lugar...................................................................................................

Localidad...................................................................................................................................................

Domicilio actual calle ……………..Nº………….entre calle……………….y calle…………………………………

Provincia.........................Localidad…………………Código Postal....................Teléfono ……........................

Estado Civil...................................... Hijos................................................................................................

Ocupación actual……………………………………………………………………………….………………………

Si es empleado del Servicio Penitenciario, aclarar destino, jerarquía y N° de legajo ….………………………

……..................................................................................................................................................................

Si fue cadete de este Instituto SI NO Indique año de baja ……………………………………………………

Estudios Medios realizados.......................................................................................................................

Especialidad (Bachiller / Perito Mercantil / Técnico) ..................................................................................

Estudios Terciarios realizados..................................................................................................................

Estudios Universitarios realizados ............................................................................................................

Casa de Estudios (Terciarios / Universitarios)...........................................................................................

Estudios realizados en FFAA / FFSS ......................................................................................................

Fecha de incorporación...........................................................................................................................

Motivo / causa de la baja ........................................................................ Fecha: .....................................

Teléfono de padres / familiares / vecinos (indicar uno) ............................................................................

Nombre y apellido de la persona a la que debe llamarse .........................................................................

Ocupación actual .....................................................................................................................................

Medios por los que te informaste del llamado a inscripción......................................................................

Correo electrónico personal: .………………………………………………..…………………………….

2/ Datos del padre

Apellido / s ................................................................................................................................................

Nombres ...................................................................................................................................................

D.N.I. ................................... Edad .....................Nacionalidad ...............................................................

Fecha de Nacimiento........................... Lugar...................................................................................................

Domicilio...................................................................................................................................................

Localidad.............................................. Provincia.....................................................................................

Nacionalidad.......................... Estado civil................................................................................................

Teléfono....................................................................................................................................................

Ocupación ................................................................................................................................................

3/ Datos de la madre

Apellido / s ................................................................................................................................................

Nombres ...................................................................................................................................................

D.N.I. ................................... Edad .....................Nacionalidad ...............................................................

Fecha de Nacimiento........................... Lugar...................................................................................................

Domicilio....................................................................................................................................................

Localidad.............................................. Provincia.....................................................................................

Nacionalidad................................ Estado civil....... ..................................................................................

.

Ocupación .................................................................................................................................................

Teléfono...........................................................................................................................................................

4/ Datos del cónyuge

Apellido / s ................................................................................................................................................

Nombres ...................................................................................................................................................

D.N.I. ................................... Edad .....................Nacionalidad ...............................................................

Fecha de Nacimiento........................... Lugar...................................................................................................

Domicilio...................................................................................................................................................

Localidad.............................................. Provincia.....................................................................................

Nacionalidad............................. Ocupación.............................................................................................

Teléfono.....................................................................................................................................................

5/ Datos de hijos

A/ Apellido / s ............................................................................................................................................

Nombres ...................................................................................................................................................

D.N.I. .......................................... Edad .....................Nacionalidad ........................................................

Fecha de Nacimiento................................... Lugar..........................................................................................

B/ Apellido / s ............................................................................................................................................

Nombres ...................................................…………………………….…………………………………………..

D.N.I. ............................................ Edad .....................Nacionalidad ......................................................

Fecha de Nacimiento.................................... Lugar..........................................................................................

C/ Apellido / s ......................................................……………………………………………………….………..

Nombres ..................................................………………………………………………………………....………..

D.N.I. ......................................... Edad ...........................Nacionalidad ...................................................

Fecha de Nacimiento................................... Lugar...........................................................................................

6/ Datos de hermanos

A/ Apellido / s ............................................................................................................................................

Nombres ...................................................……………………………………………………………………........

D.N.I. ................................... Edad .....................Nacionalidad ..............................................................

Fecha de Nacimiento........................... Lugar...................................................................................................

Domicilio...................................................................................................................................................

Localidad.............................................. Provincia....................................................................................

Ocupación..................................................................................................................................................

B/ Apellido / s ..........................................................................................................................................

Nombres ...................................................…………………………………………………………………………

D.N.I. ................................... Edad .....................Nacionalidad ..............................................................

Fecha de Nacimiento........................... Lugar..................................................................................................

Domicilio...................................................................................................................................................

Localidad.............................................. Provincia....................................................................................

Ocupación.........................................................................................................................................................

C/ Apellido / s ..........................................................................................................................................

Nombres ...................................................………………………………………………………………………….

D.N.I. ................................... Edad .....................Nacionalidad ..............................................................

Fecha de Nacimiento........................... Lugar...................................................................................................

Domicilio...................................................................................................................................................

Localidad.............................................. Provincia....................................................................................

Ocupación.........................................................................................................................................................

D/ Apellido / s ...........................................................................................................................................

Nombres ...................................................…………….…………………………………………………………..

D.N.I. .......................................... Edad ...........................Nacionalidad ..................................................

Fecha de Nacimiento............................... Lugar..............................................................................................

Domicilio....................................................................................................................................................

Localidad............................................................. Provincia.......................................................................

Ocupación........................................................................................................................................................

E/ Apellido / s ............................................................................................................................................

Nombres ...................................................…………….……………………………………………………………

D.N.I. .......................................... Edad .....................Nacionalidad ........................................................

Fecha de Nacimiento..................................... Lugar.........................................................................................

Domicilio....................................................................................................................................................

Localidad............................................................ Provincia.......................................................................

Ocupación.........................................................................................................................................................

Dejo constancia de que presto conformidad en retirar u obtener la Planilla de Inscripción, de leerla íntegramente y de conocer, comprender y aceptar la reglamentación y las aclaraciones que en la misma figuran.

........................................................................

Firma

........................................................................

Aclaración

........................................................................

DNI

NOTA

La presente planilla tiene carácter de Declaración Jurada.



**DECLARACIÓN JURADA**

(Para mayores de 18 años)

**Las firmas deben ser certificadas por:** Escribano Público, Juez de Paz, y/o dependencias públicas habilitadaspara esos fines.

***1/Declaración del postulantes***

--------------DECLARO, que todos los datos que anteceden son exactos y no haber incurrido en omisiones intencionales sobre las preguntas contenidas en la Solicitud de Ingreso. Así como no estar sometido a proceso o haber sido condenado, por hecho doloso, tanto en la Provincia de Buenos Aires como en cualquier lugar de la Nación y CONOCER que, de comprobarse alguna inexactitud, el Servicio Penitenciario Bonaerense se reserva el derecho de admitir mi ingreso y/o permanencia en el Instituto.

Asimismo, dejo constancia que contraigo el compromiso de cumplir con todas las prescripciones reglamentarias y de someterme al régimen disciplinario respectivo y demás exigencias del Instituto, a retirarme del Establecimiento por motivos de índole particular y/o institucional y/o con anticipación a los horarios habituales de salida, cuando razones operativas de dicho Instituto así lo determinen, como toda otra salida que deba realizar solo o acompañado en vehículos oficiales, particulares o de línea. De este modo asumo la total responsabilidad que pudiere derivarse, ya sea en caso de accidente u otra circunstancia que me ocurriera o por los daños que pudiese ocasionarme a mí mismo o a terceros. En tal supuesto, deslindo cualquier responsabilidad del Servicio Penitenciario Bonaerense por esta causa, desistiendo de las acciones legales pertinentes.

.................................................... ................................................. ....................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del Postulante | Aclaración de Firma | Documento de Identidad |

..............................., de .......................de………...-

------------------------------------- CERTIFICO que las firmas que anteceden corresponden a …………….

...................................................................................................................................................................

que acreditan su identidad con los documentos citados, las que han sido estampadas

ante mí. CONSTE.---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Descripción: H:\Logo.jpg

**DECLARACIÓN JURADA**

(Para menores de 18 años)

**Las firmas deben ser certificadas por:**Escribano Público, Juez de Paz, y/o dependencias públicas habilitadas para esos fines.

***1/Declaración del padre, madre o tutor***

*A continuación se transcriben los artículos del Código Civil y Comercial de la Nación que disponen:*

**Art. 638:**

“Responsabilidad Parental: Concepto. La responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado”.

**Art. 645:**

“Actos que requieren el consentimiento de ambos progenitores: (...)Inc. b) autorizarlo para ingresar a comunidades religiosas, fuerzas armadas o de seguridad;(….). En todos estos casos, si uno de los progenitores no da su consentimiento o media imposibilidad para prestarlo debe resolver el juez, teniendo en miras, el interés familiar. Cuando el acto involucra a hijos adolescentes, es necesario su consentimiento expreso.”

------------- AUTORIZO, expresamente a mi hijo/a a retirarse, del Establecimiento, por motivos de índole particular y/o institucional y/o con anticipación a los horarios habituales de salida cuando razones operativas de dicho Instituto así lo determinen, como toda otra salida que deba realizar solo o acompañado en vehículos oficiales, particulares o de línea. De este modo asumo la total responsabilidad que pudiere derivarse, ya sean en caso de accidente u otra circunstancia que le pudiera ocurrir al menor o por los daños que se ocasionare a sí mismo o a terceros. En tal supuesto, deslindo cualquier responsabilidad de Servicio Penitenciario Bonaerense por esta causa, desistiendo de las acciones legales pertinentes ----------------------------------------------------------------------------------------------------

------------- DECLARO, que todos los datos que anteceden son exactos y no haber incurrido en omisiones intencionales sobre las preguntas contenidas en la Solicitud de Ingreso. Así como no estar sometido a proceso o Heber sido condenado, por hecho doloso, tanto en la provincia de Buenos Aires como en cualquier lugar de la Nación y CONOCER que de comprobarse alguna inexactitud, el Servicio Penitenciario Bonaerense se resérvale derecho de admitir mi ingreso y/o permanencia en el Instituto. -------

------------- Asimismo, se deja constancia que contraerá el compromiso de cumplir con todas las prescripciones reglamentarias y de someterme al régimen disciplinario respectivo y demás exigencia del Instituto. -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

........................................... .............................................

Firma del Padre o Tutor Firma de la Madre

........................................... .............................................

Aclaración de Firma Aclaración de Firma

........................................... .............................................

Documento de Identidad Documento de Identidad

...........................................

Firma del Postulante

...........................................

Aclaración de Firma

...........................................

Documento de Identidad

..............................., de......................... de………….-

--------------------------------------------------- CERTIFICO que las firmas que anteceden corresponden a

...................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………

que acreditan su identidad con los documentos citados, las que han sido estampadas ante mí.

CONSTE.--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



La Plata, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019

**SR. DIRECTOR DE**

**ANTECEDENTES DE LA POLICIA**

**DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. A fin quiera tener a bien por donde corresponda se extienda al portador de la presente el Certificado de Antecedentes Policiales.

Señor/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se destaca que dicha solicitud es para los ciudadanos que se encuentran realizando los trámites de ingreso a esta Institución.

Saludo a usted muy atentamente.-

…………………..…......

Firma del Interesado Sello y Firma del Funcionario



FICHA RECONOCIMIENTO MEDICO PARA INGRESO

A LA ESCUELA DE CADETES SPB

**Datos personales:**

NOMBRE Y APELLIDO:…………………………….……………………………………………………………

DNI:……………………………………Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):…………………………

Nacionalidad………………………….Estado Civil:……………………..……Hijos………………

Domicilio…………………………………………………………………………………………….

Localidad…………………………………………Tel………………………………………………

Profesión/Trabajo……………………………………………………………………………………

**Antecedentes Personales:**

Enfermedad:………………………………………Toxicos: Tabaco NO SI P/A………………

Alergias:………………………………………… Alcohol:……………………………

Medicación:……………………………………Dosis:….…………………………………………

Antecedentes Quirúrgicos:………………………………………………………………………….

Ha padecido o padece alguna de las enfermedades siguientes?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ENFERMEDAD | SI | NO | ENFERMEDAD | SI | NO | ENFERMEDAD | SI | NO |
| Sarampión |  |  | Dolor de pecho |  |  | Convulsiones |  |  |
| Varicela |  |  | Palpitaciones |  |  | Epilepsia |  |  |
| Parotiditis |  |  | Arritmias |  |  | Desmayos |  |  |
| Rubeola |  |  | Hipertensión arterial |  |  | Vértigo |  |  |
| Tos convulsa |  |  | Hipotensión arterial |  |  | Depresión |  |  |
| Sífilis |  |  | Asma |  |  | Diabetes |  |  |
| HIV |  |  | Neumonía |  |  | Artritis |  |  |
| Tuberculosis |  |  | EPOC |  |  | Enf.Celíaca |  |  |
| Fiebre reumática |  |  | Anemia |  |  | Hipotiroidismo |  |  |
| Varices |  |  | Fracturas |  |  | Hipertiroidismo |  |  |

**Antecedentes Gineco-obstétricos:**

Embarazos: …………………Abortos:…………………….Ciclos Menstruales………/…………

Controles ginecológicos: SI NO

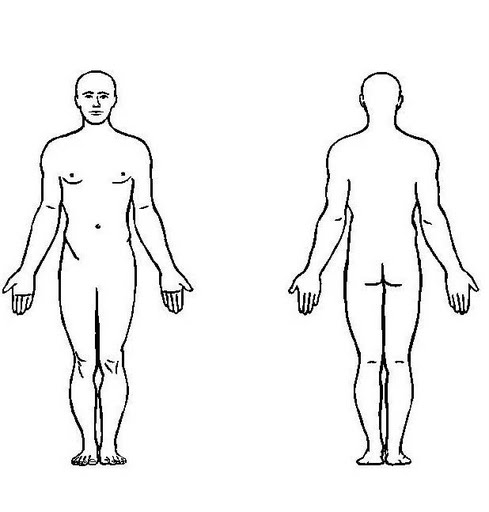
**Antecedentes familiares:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | VIVE | ENFERMEDAD |
| Padre |  |  |
| Madre |  |  |
| Hermanos |  |  |

**Antecedentes vacunatorios:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1 DOSIS** | **2 DOSIS** | **3 DOSIS** | **REFUERZO** | **COMPLETA** | **DESCONOCE** |
| **BCG** |  |  |  |  |  |  |
| **HEPATITIS B** |  |  |  |  |  |  |
| **NEUMOCOCO** |  |  |  |  |  |  |
| **SABIN ORAL** |  |  |  |  |  |  |
| **MENINGOCOCO** |  |  |  |  |  |  |
| **HEPATITIS A** |  |  |  |  |  |  |
| **TRIPLE VIRAL** |  |  |  |  |  |  |
| **QUINTUPLE BACTERIANA** |  |  |  |  |  |  |
| **GRIPE** |  |  |  |  |  |  |
| **VARICELA** |  |  |  |  |  |  |
| **HPV** |  |  |  |  |  |  |
| **OTRAS** |  |  |  |  |  |  |

**Cicatrices o Tatuajes:**

****

Declaro que los datos que anteceden dados por mí son la expresión fiel de la verdad y constituyen carácter de DECLARACION JURADA.

Firma….……………………………………. Aclaración Postulante……………………………….

**Evaluación cardiológica:**

Examen cardiovascular:…………………………..………………………………………………………………...

…………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………ECG:………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………Ergometría:……………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………OTRO:………………………………………………………………………………………..………………………… …………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………El aspirante se encuentra en condiciones de realizar actividad física

NO

SI

Firma y Sello Especialista en Cardiología

**Evaluación Oftalmológica:** (DEBERA SUPERAR 7/10 EN CADA OJO SIN CORRECCION)

Agudeza visual Sin corrección OD…………………….OI…………………

Con corrección OD…………………….OI………………..

Campo visual……………………………………………………………………………………..

Visión Cromática…………………………………………………………………………………

Observaciones……………………………………………………………………………………

Firma y Sello Especialista en Cardiología

**Evaluación Neurológica:**

Examen neurológico………………………………….………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Electroencefalograma:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Firma y Sello Especialista en Cardiología

**Evaluación Neumonológica:**

**Espirometria:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

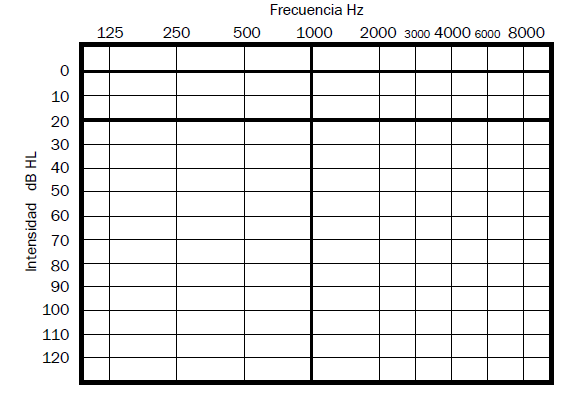
Firma y sello Neumólogo

**Evaluación Otorrinolaringológica:**

Nariz-garganta-oidos:…………………....…………………………….………………………………………………

……………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..………………………………………………………………………………

Audiometría:



Firma y Sello Especialista en Otorrinolaringología

**Datos Antropométricos**:

Peso Kg………………………. Altura mts……………………IMC…………………………

**Examen clínico:**

Interrogatorio:

HábitosFisiológicos: catarsis………………………………………………………………………………………

Diuresis…………………………………………………………………………………….

Sueno…………………………………………………..………………………………….

Alimentación………………………………………..…………………………………….

Intolerancias………………………………………………………………………………

Inspección General:……………………………………………………………………………………………….

Ap.Respiratorio: FR:…………………… Auscultación…………………………………………………………..

Sat O2:……………………….

Ap.Cardiovascular: R1………..R2……………FC:…………………..Rimo cardiaco…………………………

Tensión Arterial: ………………………Pulsos periféricos…………..………………..

Abdomen:……………………………………………………………………………………………………………

Ap.Locomotor:………………………………………………………………………………………

Sist.Nervioso:……………………………………………………………………………………….

Sist. Ganglionar:……………………………………………………………………………………

Extremidades:………………………………………………………………………………………

Observaciones:………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Datos de Laboratorio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hemograma: | hepatograma | UREA | HIV |
| GB: | TGP | CREATINANA | VDRL |
| GR: | TGO | GLUCEMIA | ERS |
| Hb: | FAL | CT | Orina completa |
| HTO: | BT | HDL | Si mujer |
| Plaquetas | BI BD | LDL | Beta-HcG |
| Grupo y Factor |  | TG |  |

**Evaluación Radiológica:**

Rx. Torax F Y P:……………………………………………………………………………………………………

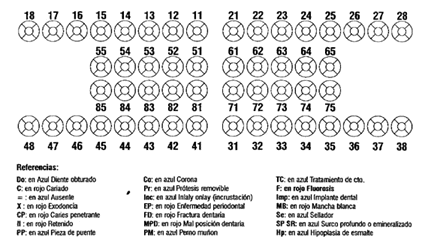
Rx. Columna Lumbosacra F Y P ………………………..……………………………………………………….

Sin Patología

Firma y Sello Medico Clínico

Con Patología

**Evaluación Odontológica:**



LS

LS:Labio superior

PD: paladar duro

OF orofringe

L:lengua

LI: labio inferior

CD:Carrillo der.

Cd: Comisure der.

CI: Carrillo izq.

Ci: Comisura izq.

PD

Cd

Ci

CI

CD

OF

L

LI

Observaciones……………………..…………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

NO APTO

APTO

Firma y Sello Odontología