



FUERZA AÉREA ARGENTINA



CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

**CUADERNILLO DE INGRESO PARA EL CURSO DE
FORMACIÓN MILITAR "EXCEPCIONAL" PARA LA
INCORPORACIÓN DE PERSONAL MILITAR
SUBALTERNO DEL CUERPO DE APOYO LOGÍSTICO**

ANEXOS

AÑO 2022

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

(Ver “Instrucciones” en el folleto de ingreso)

Matrícula N°:.....
Giro N°:

Fotografía color 4x4 cm
de frente
fondo celeste

Lugar y Fecha:

SEÑOR DIRECTOR DEL CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

1. El/la que suscribe,..... solicita a usted, quiera tener a bien disponer se me inscriba en la lista de Candidatos para el ingreso a ese Centro de Reclutamiento Zonal, siendo la especialidad de, y manifiesta, con carácter de declaración jurada haber leído, tomado conocimiento y aceptar, prestando conformidad de las disposiciones y requisitos contemplados en los folletos “Condiciones generales de ingreso”, “Documentación a presentar para el Ingreso”, “Causas de no aptitud médica para el ingreso” y “Ejercicios orientativos” para el Ingreso para el año 2021. Especificar instrumento:.....

2. Asimismo, manifiesto, con carácter de declaración jurada haber leído, tomado conocimiento y aceptar los requisitos contemplados en el Cuadernillo de Ingreso para el Curso de Formación Militar “Excepcional” y aptitudes médicas para el ingreso establecidos en el Manual de Reconocimientos Médicos para la Selección y Control del Personal Militar de la Fuerza Aérea (MAPL 10) – Edición 2015.

Firma:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

I. CANDIDATO**Datos Personales** (Completar todos los ítems)

Apellido: Nombres: Sexo:

Nacido en día mes año

Edad al 31 de diciembre del año de ingreso: años meses.

D.N.I. N° CUIL:-.....-.....

Domicilio: Calle: N°: Piso: Dpto.

Localidad/ Comuna: Partido o Departamento:

Provincia: Código Postal: Grupo Sanguíneo: Factor RH:

Prefijo: T.E.: Prefijo: T.E Celular:

¿Posee Obra Social/Prepaga? SÍ – NO. ¿Cuál?:

(Indique claramente y sin omitir la Localidad o Comuna y Partido o Departamento)**Estado Civil:**

<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Otro:
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Cantidad de hijos:

Convive con:

Actividad Militar**Solicitó ingreso a este Instituto anteriormente:** SI – NO Fecha:

Ingresó: SI – NO Causa de no ingreso o baja:

Fue alumno de algún otro Instituto Militar: SI – NO

Nombre del Instituto: Grado de Baja:

Causa de Baja: Fecha:

Presta servicios en Fuerzas Armadas / Fuerzas de Seguridad SI – NO

Fuerza: Destino: Grado de Revista:

Nivel De Estudios

Título Alcanzado (*):		
Colegio		
Dirección:		Teléfono:
Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:

En caso de tener estudios cursados en el nivel Terciario o Universitario indique:

Carrera que ha cursado:	
Institución Educativa:	
Ultimo año cursado:	

(*) Especificar el Título con el nombre completo y orientación.

Nivel de Idioma: (Marque con una cruz la/as opción/es que corresponda/n)

Idioma	Habla	Lee	Escribe

Situación Ocupacional Indique su situación ocupacional actual (Marcar con una cruz lo que corresponda):

Inactivo (No trabaja ni busca trabajo)	Pensionado	
	Ama de Casa	
	Estudiante	
	Rentista	
Desocupado (No trabaja pero busca trabajo)		
Ocupado (Indique cuál es su situación laboral)	Patrón	
	Empleado	
	Trabajador por cuenta propia	
	Trabajador familiar sin remuneración	

Si su situación ocupacional actual se encuentra dentro de los ocupados, especifique cuál es su ocupación actual:

Ocupación actual:	
-------------------	--

Posee algún oficio?

SÍ - NO	En caso afirmativo indique cual:
----------------	----------------------------------

II. GRUPO FAMILIAR

Padre

Datos Personales

Apellido y Nombres..... Vive: SI – NO – LO IGNORA Edad: años.

Lugar y Fecha de Nacimiento: Estado Civil:

Nacionalidad: D.N.I. – CI – L.E. Nº:

Domicilio: Calle: Nº: Piso: Dpto.

Localidad/ Comuna: Partido o Departamento:

Provincia: Código Postal: Ocupación:

Prefijo: T.E.: Prefijo: T.E Celular:

Estudios Cursados

Primario

- Completo
- Incompleto

Secundario

- Completo
- Incompleto

Universitario

- Completo
- Incompleto

Madre**Datos Personales**

Apellido y Nombres: Vive: SI – NO – LO IGNORA Edad: años.
 Lugar y Fecha de Nacimiento: Estado Civil:

Nacionalidad: D.N.I. – CI – L.E. Nº:

Domicilio: Calle: Nº: Piso: Dpto.

Localidad/ Comuna: Partido o Departamento:

Provincia: Código Postal: Ocupación:

Prefijo: T.E.: Prefijo: T.E Celular:

Estudios Cursados

Primario

- Completo
 Incompleto

Secundario

- Completo
 Incompleto

Universitario

- Completo
 Incompleto

Marque con una X el tipo de empleo del Jefe de Familia:

<input type="checkbox"/>	Estatal	<input type="checkbox"/>	Militar (A)	<input type="checkbox"/>	Militar (R)	<input type="checkbox"/>	Jubilado
<input type="checkbox"/>	Industrial	<input type="checkbox"/>	Agricultor	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>	Comerciante
<input type="checkbox"/>	Jornalero	<input type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>	Desocupado	<input type="checkbox"/>	Otros

Hermanos y/o hijos, tíos, primos, convuge, pareja, etc. que convivan con usted

Indique primero los datos de sus hermanos (convivan o no) y posteriormente el resto de las personas

Apellido y Nombres:	Vínculo:
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:
¿Vive? SI – NO	¿Convive con Ud.? SI – NO
Máximo estudio alcanzado:	Ocupación:

Apellido y Nombres:	Vínculo:
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:
¿Vive? SI – NO	¿Convive con Ud.? SI – NO
Máximo estudio alcanzado:	Ocupación:

Apellido y Nombres:	Vínculo:
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:
¿Vive? SI – NO	¿Convive con Ud.? SI – NO
Máximo estudio alcanzado:	Ocupación:

Apellido y Nombres:	Vínculo:
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:
¿Vive? SI – NO	¿Convive con Ud.? SI – NO
Máximo estudio alcanzado:	Ocupación:

Apellido y Nombres:	Vínculo:
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:
¿Vive? SI – NO	¿Convive con Ud.? SI – NO
Máximo estudio alcanzado:	Ocupación:

III. VARIOS

Si tiene parientes en las Fuerzas Armadas, mencionar: Nombre, Grado, Fuerza Armada y Dependencia en la que presta servicio:

Apellido y Nombres:	Vínculo:	Grado:
Fuerza Armada:	Destino:	

Apellido y Nombres:	Vínculo:	Grado:
Fuerza Armada:	Destino:	

Apellido y Nombres:	Vínculo:	Grado:
Fuerza Armada:	Destino:	

Apellido y Nombres:	Vínculo:	Grado:
Fuerza Armada:	Destino:	

Indique el primer medio de difusión por el cual se enteró que podría ingresar al Instituto (marque con una X solamente una opción):

<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/>	Cine	<input type="checkbox"/>	Televisión	<input type="checkbox"/>	Afiches
<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Revistas/Diarios	<input type="checkbox"/>	Folletos	<input type="checkbox"/>	Familiares
<input type="checkbox"/>	Militares	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Jornadas de Puertas Abiertas	<input type="checkbox"/>	Charla en colegio
<input type="checkbox"/>	Otro(Indicar):						

Marque con una X por qué razón desea ingresar a Fuerza Aérea

<input type="checkbox"/>	Útil a la patria	<input type="checkbox"/>	Vocación	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>	Porvenir
--------------------------	------------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------

Justifique su opción:

.....

.....

.....

En el caso de ser incorporado, en el uso de los francos semanales y salidas diarias, residirá en la ciudad de del Centro de Reclutamiento hasta una distancia de 50 km. En (marque con X lo que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Domicilio de mis padres	<input type="checkbox"/>	Domicilio de otro familiar	<input type="checkbox"/>	Domicilio de amigos
<input type="checkbox"/>	Hotel	<input type="checkbox"/>	Casa de Pensión	<input type="checkbox"/>	Aún no lo sé

Todo otro dato que considere de interés:

.....

.....

.....

.....

EL CANDIDATO INDICARÁ DOS PERSONAS QUE PUEDAN PROPORCIONAR REFERENCIAS SOBRE SU PERSONA, DE SER POSIBLE UNO DE ELLOS MILITAR, MAYORES DE EDAD Y NO FAMILIARES NI EMPLEADORES:

1º) Nombre y Apellido: D.N.I. N°:
Domicilio: Calle: N°: Piso: Dpto:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Profesión u Ocupación:

.....

Firma

2º) Nombre y Apellido: D.N.I. N°:
Domicilio: Calle: N°: Piso: Dpto:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Profesión u Ocupación:

.....

Firma

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

SERÁ COMPLETADO SOLAMENTE POR AQUEL CANDIDATO QUE TENGA SU TÍTULO EN TRÁMITE.

CONSTANCIA DE ESTUDIOS

CONSTE por la presente que el alumno/a.....
CURSA / HA CURSADO el.....año, del Plan de Estudios vigente, cuya duración es de.....años,
egresando con el título de....., Libro Matriz
Nº....., Folios Nº....., en la especialidad.....

Asimismo se deja aclarado que el Alumno/a SÍ / NO ADEUDA asignaturas de años anteriores,
habiendo aprobado todos los cursos desde el 1º año hasta el.....año del Nivel Polimodal, Medio y/o
Equivalente, según registros y documentación obrantes en este Establecimiento Educativo.

Asignaturas pendientes: 1º..... Curso:

2º..... Curso:.....

Lugar y Fecha.....

.....
Sello de la Institución

Firma y Aclaración.....
(Firma del Rector, Director o Regente)

CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

COMPROMISO Y CONSENTIMIENTO

(Si el Candidato fuese mayor de edad, queda exceptuado de la firma de los padres, y debe firmar por sí mismo)

Los que suscriben, en su carácter de padre/madre/tutor del Aspirante....., manifiestan con carácter de declaración jurada, que asumen el siguiente compromiso y prestan conformidad a lo expuesto a continuación:

1. Hacer efectiva la devolución de todos los elementos provistos por el Instituto de Formación Ezeiza en oportunidad de su incorporación, así también abonar en forma solidaria los importes que correspondiere, de conformidad con lo que determina la reglamentación del Instituto, por los elementos extraviados y deteriorados, total o parcialmente.
2. Prestar consentimiento a la Fuerza Aérea a que el Cursante realice todo tipo de actividad relacionada con su formación militar-profesional, de acuerdo con lo previsto en el Régimen de Enseñanza y los Planes de Instrucción del Instituto, como así mismo las actividades que determine complementariamente la Dirección del mismo (vuelo en aviones, práctica de deportes, tiro, educación física, adiestramiento físico-militar, manipuleo de explosivos, etc.). Asimismo, y en relación con el mantenimiento del óptimo estado psicofísico del alumno, autorizan a la Fuerza Aérea a que en forma periódica se le realicen al Cursante exámenes y chequeos médicos (electrocardiogramas, oftalmológico, neurológico, análisis de laboratorio, ginecológico, etc.) con dichos fines.
3. Autorizan al citado Cursante a retirarse del Instituto, así también, a realizar los viajes de ida y regreso al mismo en las oportunidades de sus francos, licencias y salidas concedidas, sin mediar aviso y pudiendo hacerlo sin acompañante; liberando así al Instituto de cualquier responsabilidad luego de que el Cursante salga del ámbito de custodia y guarda ejercido por la Fuerza Aérea en su carácter de alumno interno, excepto que el alumno viajare en medios de la Fuerza Aérea. Reconocen, además, que durante los exámenes de ingreso, período de incorporación y selección de Candidatos a ingreso, carecen de estado militar; en consecuencia, la Fuerza Aérea no se responsabiliza de los hechos acaecidos en este lapso (enfermedad, accidentes, etc.)
4. Las enfermedades latentes y previas, no detectables por las técnicas habituales de examen, que se exterioricen con posterioridad a su incorporación y que sean motivos de No Apto, traerán aparejadas la baja del causante sin responsabilidad alguna para la Fuerza Aérea y sin derecho a reclamo del mismo.
5. Los Candidatos que resultaren separados durante el proceso de selección, regresarán al domicilio denunciado en el instrumento adjunto a este compromiso, bajo su responsabilidad y por sus propios medios sin acompañante/s.
6. Acepto que si durante el período de exámenes se autorizara a hacer uso del franco, sólo dispondrán del mismo aquellos Candidatos que deseen utilizarlo por propia voluntad y bajo su responsabilidad, debiendo afrontar los costos con sus propios medios.
7. De acuerdo a lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley 25326 (Protección de los Datos Personales) doy mi consentimiento para que los datos vertidos en la presente puedan ser incluidos en archivos, registros, bancos de datos, electrónicos o de cualquier otro tipo, para su uso dentro de la Fuerza Aérea Argentina y/o ante requerimientos del Ministerio de Defensa.
8. Asimismo presto mi consentimiento para que me sea efectuado el análisis de HIV.
9. Los que suscriben en su carácter de Padre/Madre/Tutor/Candidato, manifiestan con carácter de Declaración Jurada, haber recibido, tomado conocimiento y aceptar prestando conformidad, las disposiciones y requisitos contemplados en las "Condiciones y Programas para el Ingreso", correspondiente a la incorporación indicada en la presente hoja.

.....
 Candidato

.....
 Padre
 (1)

.....
 Madre
 (1)

.....
 Tutor

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades (2).

Nota: Cuando en este documento se menciona al Aspirante en singular, se hace referencia, indistintamente, a la situación de ser alumno o alumna del Centro de Reclutamiento.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN NO JUZGA EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.

Lugar y fecha:

Firma y Sello:

Sello de la Dependencia Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público

- (1) Si el Candidato fuera mayor de 18 años queda exceptuado de la autorización de los padres.*
- (2) La firma de la solicitud debe ser hecha por el padre y la madre. En caso de ausencia de uno de ellos o padres separados, deberá adjuntar un testimonio o poder especial del Juez; lo mismo para el caso que firme el tutor.*
- (3) Las firmas del solicitante y padres o tutor deben ser Autenticadas por Autoridad Judicial o Policial, con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.*

NO SE DARÁ CURSO A LA SOLICITUD DE INGRESO SI FALTAN LAS FIRMAS O NO ESTÁN DEBIDAMENTE CERTIFICADAS.

CONFIDENCIAL

“SECRETO MÉDICO”
(RAG-6 –2013-Párrafo 345. inciso 12º)

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El presente documento deberá ser completado y entregado en oportunidad de realizarse el examen médico definitivo, en forma manuscrita, firmado y aclarado por el interesado, en sobre cerrado. Teniendo en cuenta que al cierre del mismo se cruzará la firma, aclaración y N° de D.N.I del candidato (sobre solapa superior) y pegando encima de dicho cierre y en toda su extensión, cinta adhesiva celulósica transparente.

Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del firmante y reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que todo ocultamiento o falsa información será encuadrado dentro de lo establecido en el Art. 293 del Código Penal.

DATOS PERSONALES:

FECHA:
APELLIDO Y NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD: PESO: TALLA:
LUGAR DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:
DNI:
DOMICILIO: LOCALIDAD:
PROVINCIA: CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:

FUNDAMENTOS

La presente Declaración Jurada es complementaria al examen médico de ingreso, que tiene como propósito asegurar que el Candidato reúna las condiciones psicofísicas que requerirá como Cadete, sirviendo para evitarle tareas que pudiesen causarle perjuicios para su salud y no sean acordes con su aptitud.

En aquellos casos en que se requiera de cirugía para corregir una patología, deberá asegurarse que al momento de la presentación al examen médico de selección, haya sido dado de alta médica y no presente impedimentos para el desarrollo de todas las actividades de la vida militar, debiendo estar documentado por certificación del medico tratante.

Marque con una cruz en el casillero que corresponda	SÍ	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			
Toma algún tipo de medicación? Cuál/es? Indique el motivo			
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			
¿Tiene seguro de vida?			Dónde:
¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Dónde:
¿Fuma? Explicitar cuántos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			

CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

¿Consumió o consume algún tipo de droga? En caso afirmativo, detalle el nombre, grado de consumo de la misma, si asistió a un Centro de Rehabilitación y todo otro dato de interés.			
¿Tiene alteraciones del sueño? ¿Cuántas horas duerme por día?			
¿Realiza alguna dieta en particular? ¿Cuál? Indique la causa por la que realiza dicha dieta.			
¿Practica deportes? ¿Cuál/cuáles?			
Intentó ingresar o estuvo incorporado en las FF.AA o FF.SS? Describa cuál y causa de baja.			

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marcar con una cruz "X")

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
1 – Nerviosismo o Angustia frecuente			35 – Dolor de pecho			70 – Sangre en orina		
2 – Cambios repentinos de humor			36 – Falta de aire			71 – Disminución y aumentos de peso frecuentes		
3 – Crisis de pánico			37 – Alteraciones de la voz			72 – Acidez / Gastritis – realizó tratamiento?		
4 – Insomnio / falta de sueño			38 – Disfonía			73 – Úlcera Gástrica		
5 – Pesadillas			39 – Amigdalitis a repetición			74 – Vómito de sangre		
6 – Anorexia / Bulimia			40 – Sinusitis ¿Recibió tratamiento?			75 – Sangre en materia fecal		
7 – Depresión			41 – Rinitis alérgica			76 – Diarreas frecuentes		
8 – Mareos o Desmayos			42 – Resfríos a repetición			77 – Ictericia		
9 – Pérdida de Memoria			43 – Supuración de Oídos			78 – Enfermedades duodenales		
10 – Períodos de Ausencia			44 – Sordera o disminución de la audición			79 – Colon irritable		
11 – Dolores de cabeza / cefaleas frecuentes			45 – Vértigos o mareos			80 – Cálculos vesicales		
12 – Convulsiones			46 – Zumbidos de oídos			81 - Hernias		
13 – Neuritis o Neuralgias			47 – Dentadura en mal estado			82 – Cambios en el hábito intestinal		
14 – Traumatismo de cráneo /pérdida de conocimiento			48 – Trastornos alimenticios			83 – Intolerancia alimenticia		
15 – Herpes Zoster			49 – Dificultad al tragar			84 – Hemorroides		
16 – Sífilis			50 – Cansancio no acorde al esfuerzo			85 – Esguinces frecuentes		
17 – Hepatitis			51 – Hinchazón de pies y piernas			86 – Pie plano		
18 – Meningitis			52 - Palpitaciones			87 – Lesiones ligamentarias		

CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

19 – Parotiditis (paperas)		53 - Várices		88 – Dolores de rodilla frecuentes	
20 – Poliomieltis		54 – Tos frecuentes		89 – Dolores de espalda frecuentes	
21 – Enfermedades de transmisión sexual		55 – Expectorcación frecuentes		90 – Dolores en cintura o ciática	
22 – Blenorragia		56 – Sangre en esputo		91 – Desviaciones de columna	
23 – Dengue		57 – Sudores nocturnos		92 – Articulaiones dolorosas o hinchadas	
24 – Fiebre reumática		58 – Pérdida de peso reciente		93 – Sufrió accidente de tránsito	
25 – Varicela		59 – Asma		94 – Fracturas	
26 – Brucelosis		60 - Tuvo Asma en la infancia		95 – Luxaciones	
27 – Tuberculosis		61 – Neumotórax		96 – Anemia	
28 – Enfermedades de Chagas		62 – Neumonía		97 – Cáncer o tumores	
29 – Cólera		63 – Pleuresía		98 – Alteraciones en la pigmentación de la piel	
30 – Toxoplasmosis		64 – Bronquitis a repetición		99 – Se realizó transfusiones sanguíneas: Por qué?	
31 – Sarampión		65 – Infecciones urinarias a repetición		100 – Enfermedades alérgicas: Cuáles?	
32 – Enfermedades Cardíacas		66 – Varicocele o Hidrocele		101 – Enfermedades de la piel: Cuáles?	
33 – Elevación de la presión sanguínea		67 – Dificultad para orinar		102 – Alteración de la visión	
34 – Arritmias		68 – Cólico renal / Cálculos renales		103 – Diabetes	
		69 – Glucosa o albúmina en orina		104 – Enfermedad de Tiroides	

En caso de respuesta afirmativa, detallar minuciosamente la enfermedad a la que se refiere, incluir fechas, diagnósticos y tratamientos recibidos.

Es alérgico a algún medicamento, especifique.

Estuvo bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, especifique:

Estuvo bajo tratamiento por enfermedades de la sangre especifique:

CENTRO DE RECLUTAMIENTO ZONAL

OPERACIONES:

Afecciones	SÍ	NO	Año – Observaciones
Amígdalas			
Apendicitis			
Hernia			
Hemorroides			
Varicocele			
Cirugía traumatológica			
Cirugía endoscópica			
Cirugía oftalmológica			
Otros			

Antecedentes Hereditarios: marque lo que corresponda

Enfermedad	SI	NO	DESCONOCE
Diabetes			
Hipertensión Arterial			
Hiperuricemia/Gota			
Enf. Pulmonares			
Enf. Cardiovasculares			
Enf. Vascular Periférico			
Enf. Digestivas			
Enf. Endocrinas			
Enf. Renal			
Obesidad			
Dislipemias			
Celíacas			
Otras Enfermedades			

En caso de ser afirmativo especificar grado de parentesco:

SOLO PARA PERSONAL FEMENINO:

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
Dolores menstruales			Trastornos menstruales			Ausencia de menstruación		
Abortos terapéuticos o espontáneos			Enfermedades mamarias			Menstruación fuera de ciclo		
Intervenciones quirúrgicas en útero			Intervenciones quirúrgicas en mamas			Intervención quirúrgica de ovarios		
Fecha última menstruación								
Fecha último control ginecológico								
Otras intervenciones en el aparato genital								

Declaro bajo juramento que todas mis respuestas son verdaderas, y faculto a la autoridad militar correspondiente, a requerir cualquier otro dato que sea de interés a los trámites necesarios, al respecto.

Por este acto tomo conocimiento que en los análisis que se me han de realizar están incluidos los de detección de drogas de abuso: Opiáceos, Morfina, Cocaína, Marihuana y anfetaminas dando mi expresa conformidad para que se realicen los

estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que la autoridad sanitaria militar requieran, necesarias para la determinación de aptitud.

Presto mi libre consentimiento, para que se me realicen las pruebas que permitan investigar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos establecidos por el Decreto Nro 906/95, Artículo 1º (“Las Fuerzas Armadas y de Seguridad adoptarán las medidas que sean más convenientes para la realización de las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV).

Asimismo, presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique que el carnet de inmunizaciones que debo presentar como uno de los requisitos indispensables y obligatorios al momento de la inscripción, se encuentre completo y actualizado de acuerdo a las exigencias establecidas en el Calendario Nacional de Vacunación, como así también autorizo a que se me administren otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

Firmas:

.....
 Firma del solicitante (1) Padre (2) Madre (2) Tutor o Apoderado (2)

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades (3).

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN NO JUZGA EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.

Lugar y fecha:

Firma y Sello:

Sello de la Dependencia Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público

(1) Si el Candidato fuera mayor de 18 años queda exceptuado de la autorización de los padres.

(2) La firma de la solicitud debe ser hecha por el padre y la madre. En caso de ausencia de uno de ellos o padres separados, deberá adjuntar un testimonio o poder especial del Juez; lo mismo para el caso que firme el tutor.

(3) Las firmas del solicitante y padres o tutor deben ser Autenticadas por Autoridad Judicial o Policial, con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.

NO SE DARÁ CURSO A LA SOLICITUD DE INGRESO SI FALTAN LAS FIRMAS O NO ESTÁN DEBIDAMENTE CERTIFICADAS.

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Lugar y fecha

Certifico que....., DNI N°.....

cuya historia clínica obra en mi poder, de años de edad, ha sido examinado/a clínicamente y cardiológicamente, encontrándose APTO/A, de acuerdo a su sexo, edad, peso y estado físico, para realizar las pruebas de Aptitud Física de Campo, que más abajo se detallan, establecidas en el Fragmento del Capítulo III - Pruebas de Aptitud Física, del Manual Aeronáutico de Procedimientos de Instrucción para el Adiestramiento Físico del Personal Militar de la Fuerza Aérea (MAPI 5) – Edición 2014.

1º) Carrera de 2.400 metros.

2º) Flexo Extensiones de Brazos en el Suelo.

3º) Flexiones de Tronco (Abdominales).

4º) Saltar y Alcanzar.

(Firma y sello Medico Clínico)

(Firma y sello Medico Cardiólogo)

**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CORONAVIRUS (COVID -19)
INGRESO INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA AÑO 2022**

A los _____ días del mes de _____ del año 2022, quien suscribe _____ CUIL _____ con domicilio real en _____, tel. fijo/celular _____, en mi carácter de postulante para ingresar a la Fuerza Aérea Argentina, a través del Reclutamiento Zonal de Múscios, manifiesto lo siguiente:

1. VACUNACIÓN

Recibí la Vacuna contra el COVID 19	SÍ	
	NO	

(Marque con una cruz lo que corresponda)

En caso de haber respondido afirmativamente, se solicita completar los siguientes campos:

Nombre de la Vacuna	
Fecha de la 1ra dosis	
Fecha de la segunda dosis	

En caso de no haber recibido la vacuna contra el COVID-19, se solicita completar los siguientes campos: (Marque con una cruz lo que corresponda)

No recibí la Vacuna contra el COVID19	Por decisión propia	
	Por indicación médica	
	Por otros motivos	

En caso de haber indicado la opción "Otros", explicar el motivo en el siguiente campo:

--

2. ANTECEDENTES DE SALUD

¿Tuvo contacto con una persona enferma de coronavirus (COVID-19)? SI/ NO Actualmente, ¿Ud. presenta alguno de estos síntomas?

SÍNTOMA	SI	NO	SÍNTOMA	SI	NO
TOS			DOLOR MUSCULAR		
DIFICULTAD RESPIRATORIA			MANCHAS EN LA PIEL		
FIEBRE			DOLOR DE CABEZA		
DOLOR DE GARGANTA			NAUSEAS / VOMITOS		
SECRECIONES NASALES			DOLOR ARTICULAR		

Firma y Aclaración:

DNI:

Fecha: