



FUERZA AÉREA ARGENTINA



INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

CUADERNILLO DE INGRESO

- ANEXOS -

AÑO 2024

CONTENIDO

1. **ANEXO 1** - SOLICITUD DE MATRICULACIÓN
2. **ANEXO 2** - CONSTANCIA DE ESTUDIOS
3. **ANEXO 3** - COMPROMISO Y CONSENTIMIENTO
4. **ANEXO 4** - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD
5. **ANEXO 5** - AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD PARA RETIRARSE SOLOS
6. **ANEXO 6** - AUTORIZACIÓN PARA ASISTENCIA MÉDICA A CANDIDATOS MENORES
7. **ANEXO 7** - FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MILITARES
8. **ANEXO 8** - CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

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
N°....., Folios N°....., en la especialidad.....

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

Asignaturas pendientes: 1°..... Curso:

2°..... Curso:.....

Lugar y Fecha.....

.....

Sello de la Institución

Firma y Aclaración.....

(Firma del Rector, Director o Regente)

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/la 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 Aspirante 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 Aspirante exámenes y chequeos médicos (electrocardiogramas, oftalmológico, neurológico, análisis de laboratorio, ginecológico, etc.) con dichos fines.
3. Autorizan al citado Aspirante 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 Formación Ezeiza de cualquier responsabilidad luego de que el Aspirante 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.

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 médico 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?			Donde:
¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Donde:
¿Fuma? Explicitar cuántos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			
¿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			34 – Dolor de pecho			67 – Sangre en orina		
2 – Cambios repentinos de humor			35 – Falta de aire			68 – Disminución y aumentos de peso frecuentes		
3 – Crisis de pánico			36 – Alteraciones de la voz			69 – Acidez / Gastritis – realizó tratamiento?		
4 – Insomnio / falta de sueño			37 – Disfonía			70 – Úlcera Gástrica		
5 – Pesadillas			38 – Amigdalitis a repetición			71 – Vómito de sangre		
6 – Anorexia / Bulimia			39 – Sinusitis ¿Recibió tratamiento?			72 – Sangre en materia fecal		
7 – Depresión			40 – Rinitis alérgica			73 – Diarreas frecuentes		
8 – Mareos o Desmayos			41 – Resfríos a repetición			74 – Ictericia		
9 – Pérdida de Memoria			42 – Supuración de Oídos			75 – Enfermedades duodenales		
10 – Períodos de Ausencia			43 – Sordera o disminución de la audición			76 – Colon irritable		

11 – Dolores de cabeza / cefaleas frecuentes			44 – Dificultad al tragar			77 – Cansancio no acorde al esfuerzo		
12 – Convulsiones			45 – Hinchazón de pies y piernas			78 – Diabetes		
13 – Neuritis o Neuralgias			46 - Palpitaciones			79 – Enfermedad de Tiroides		
14 – Traumatismo de cráneo /pérdida de conocimiento			47 - Várices			80 – Intolerancia alimenticia		
15 – Herpes Zoster			48 – Tos frecuentes			81 – Hemorroides		
16 – Meningitis			49 – Expectoración frecuentes			82 – Esguinces frecuentes		
17 – Parotiditis (paperas)			50 – Sangre en esputo			83 – Pie plano		
18 – Poliomieltis			51 – Sudores nocturnos			84 – Lesiones ligamentarias		
19 – Dengue			52 – Pérdida de peso reciente			85 – Dolores de rodilla frecuentes		
20 – Fiebre reumática			53 – Asma			86 – Dolores de espalda frecuentes		
21 – Varicela			54 - Tuvo Asma en la infancia			87 – Dolores en cintura o ciática		
22 – Brucelosis			55 – Neumotórax			88 – Desviaciones de columna		
23 – Enfermedades de Chagas			56 – Neumonía			89 – Articulaciones dolorosas o hinchadas		
24 – Cólera			57 – Pleuresía			90 – Sufrió accidente de tránsito		
25– Toxoplasmosis			58 – Bronquitis a repetición			91 – Fracturas		
26 – Sarampión			59 – Infecciones urinarias a repetición			92 – Luxaciones		
27 – Enfermedades Cardíacas			60 – Varicocele o Hidrocele			93 – Anemia		
28 – Elevación de la presión sanguínea			61 – Dificultad para orinar			94 – Cáncer o tumores		
29 – Arritmias			62 – Cólico renal / Cálculos renales			95 – Alteraciones en la pigmentación de la piel		
30 – Vértigos o mareos			63 – Glucosa o albúmina en orina			96 – Se realizó transfusiones sanguíneas: Por qué?		
31 – Zumbidos de oídos			64 – Cálculos vesicales			97 – Enfermedades alérgicas: Cuáles?		
32 – Dentadura en mal estado			65 - Hernias			98 – Enfermedades de la piel: Cuáles?		
33 – Trastornos alimenticios			66 – Cambios en el hábito intestinal			99 – Alteración de la visión		

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:

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.

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) En caso del Candidato menor de edad se deberán autenticar las firmas del solicitante y padres o tutor 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.

AUTORIZACIÓN PARA RETIRARSE DEL IFE A MENORES DE EDAD DURANTE EL PERÍODO DE CANDIDATO (1)

SEÑOR DIRECTOR DEL INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

1. Los que suscriben
en su carácter de padre - madre - tutor del solicitante precedente, autorizan con carácter de declaración jurada, a mi hijo - pupilo a retirarse solo del Instituto de Formación Ezeiza, al finalizar su período de selección.

Firma del padre (2):..... Firma de la madre (2):

Aclaración: Aclaración:

DNI:..... DNI:.....

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.

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA A MENORES DE EDAD DURANTE EL PERÍODO DE CANDIDATO (1)

SEÑOR DIRECTOR DEL INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

1. Los que suscriben
en su carácter de padre - madre - tutor del solicitante precedente, autorizan con carácter de declaración jurada, en caso de una urgencia médica a su hijo – pupilo
a ser trasladado desde Instituto al Centro de Asistencia Médica más cercano.

Firma del padre (2):..... Firma de la madre (2):

Aclaración: Aclaración:

DNI:..... DNI:.....

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.

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MILITARES

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.

¿Presta o prestó servicios para las Fuerzas Armadas?

Sí	Indicar Fuerza:	<input type="radio"/> EA <input type="radio"/> ARA <input type="radio"/> FAA
	Grado:	<input type="radio"/> Oficial <input type="radio"/> Suboficial <input type="radio"/> Personal Civil <input type="radio"/> Soldado Voluntario
	Destino, Cargo:	
	Dirección del Destino:	
	Teléfono del Destino:	
No		

Lugar y fecha:

Firma:
(Candidato/a)

Firma y sello:
(Jefe Departamento Personal de la Unidad/Organismo)
En caso de estar prestando servicio actualmente

Sello de la Unidad/Organismo:

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 la prueba física consistente en:

Test de 40 Segundos

Objetivo: Evaluar la resistencia a la velocidad.

Desarrollo: El test consiste en recorrer la mayor cantidad de metros en 40 segundos.

Puntaje: Se anotará la cantidad de metros que el Candidato/a recorrió en 40 seg., en fracciones de 5 mts.

Valores mínimos: **Varones: 255 m; Mujeres: 210 m.**

Test de Resistencia Yo-Yo

Objetivo: Evaluar la Resistencia aeróbica y el consumo de oxígeno.

Desarrollo: El candidato deberá correr cuantas veces sea posible, de un lado a otro entre dos marcas (ubicadas a 20 m.) su velocidad de carrera debe ajustarse a las señales dadas, la cual se incrementa aproximadamente cada minuto, el test finaliza cuando el candidato no puede mantener el ritmo de carrera, la primera vez que no llegue con el sonido será advertido, la segunda vez su test ha finalizado. **Puntaje:** Valores mínimos en **Varones:** ritmo de 12-03; **Mujeres:** 8-01.

Flexo extensión de Brazos en el suelo

Objetivo: Evaluar la fuerza-potencia del tren superior

Desarrollo: La prueba consiste en realizar la mayor cantidad posible de flexo extensiones con los brazos, apoyando las palmas de las manos en el suelo, con una apertura de ancho de hombros, los dedos pulgares enfrentados en el suelo, las puntas de los pies apoyadas, rodillas extendidas y la línea de las piernas y la cabeza alineada con la espalda.

Ejecución: Realizar la flexión de los brazos hasta que la articulación del codo alcance un ángulo de 90°, manteniendo en todo momento la alineación del tronco con las piernas. Volver a la posición inicial, la cual será: brazos extendidos.

Puntaje: Se registrará la cantidad de ciclos completos que realice los

Candidatos en un minuto. Valores mínimos: **Varones: 15 flexo**

extensiones; Mujeres: 7 flexo extensiones. Abdominales

Objetivo: Evaluar la fuerza - Resistencia de los músculos abdominales.

Desarrollo: La prueba consiste en realizar flexo extensiones de tronco durante 1 minuto, partiendo de la siguiente posición:

“Acostado boca arriba, piernas flexionadas, sostenidas con la ayuda de un compañero (quien se sentará sobre los pies tomándole las piernas firmemente); manos en la nuca con los dedos entrelazados (posición inicial), pecho a la rodilla y volver a la posición inicial”.

Puntaje: Se registrará la cantidad de ciclos completos que realice el Candidato/a durante 1 minuto. Valores mínimos: **Varones: 43 ciclos; Mujeres: 41 ciclos**

PRUEBA DE NADO: ESTE AÑO NO SERÁ EVALUADA

(Firma y Sello Médico Clínico)

(Firma y Sello Médico Cardiólogo)