



FUERZA AÉREA ARGENTINA



INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

CUADERNILLO DE INGRESO

- ANEXOS -

AÑO 2021

CONTENIDO

ANEXO 1 – SOLICITUD DE MATRICULACIÓN

ANEXO 2 - CONSTANCIA DE ESTUDIOS

ANEXO 3 - COMPROMISO Y CONSENTIMIENTO

ANEXO 4 - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

ANEXO 5 - CERTIFICADO MÉDICO PARA EXAMEN FÍSICO

ANEXO 6 - AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA DE CANDIDATOS MENORES

ANEXO 7 -AUTORIZACIÓN A RETIRARSE MENORES DE EDAD

ANEXO 8 - PLANILLA DE CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

ANEXO 9 - PLANILLA DE CONTROL DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

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 INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

1. El/la que suscribe,(1) solicita a usted, quiera tener a bien disponer se me inscriba en la lista de Candidatos para el ingreso a ese Instituto, siendo la especialidad de mi preferencia, 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 “Programas y ejercicios orientativos para el Ingreso para el año 2021.

En caso de optar por la Especialidad Bandas Militares, especificar instrumento:.....

Firma:..... Aclaración:.....

DNI:.....

AUTORIZACIONES DE LOS PADRES EN CASO QUE EL CANDIDATO SEA MENOR DE 18 AÑOS

1. Los que suscriben

en su carácter de padres - tutor del solicitante precedente, declaran que prestan consentimiento para su ingreso. Autorizan a su hijo - pupilo a someterse a las exigencias de la vida militar durante el período del Examen de Ingreso y manifiestan, 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 “Programas y ejercicios orientativos para el Ingreso para el año 2021.

Firma del padre (2):.....

Firma de la madre (2):

Aclaración:

Aclaración:

DNI:.....

DNI:.....

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

Apellido:Nombres: Sexo:
 Nacido en..... día..... mes..... año
 Edad al 30 de junio 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)

Correo electrónico:@.....
El correo infoife@faa.mil.ar no funciona con los dominios @hotmail; @live o @outlook, por tal motivo se solicita sea dominio @gmail o @yahoo preferentemente.
(Indique claramente entre los símbolos de separación puntos, barra baja o media etc,)

Estado Civil:

<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Concubinato	<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 SeguridadSI - 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:	

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. N°:
 Domicilio: Calle: N°: 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. N°:
 Domicilio: Calle: N°: Piso:.....Dpto.....
 Localidad/ Comuna: Partido o Departamento:
 Provincia:.....Código Postal: Ocupación:.....
 Prefijo:..... T.E.: Prefijo:.....T.E Celular.:

Estudios Cursados

Primario	Secundario	Universitario
<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Completo
<input type="radio"/> Incompleto	<input type="radio"/> Incompleto	<input type="radio"/> 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 v/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:

Tutor (Sólo en aquellos casos de poseer Tutoría Legal)**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. N°:

Domicilio: Calle. N°: Piso: Dpto.: Código Postal:

T.E.: Telediscado: T.E Celular: Telediscado:

Correo electrónico:@.....

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 la especialidad de su preferencia (solo una):

<input type="checkbox"/>	Apoyo Sanitario	<input type="checkbox"/>	Contra Incendio
<input type="checkbox"/>	Bandas Militares	<input type="checkbox"/>	Meteorología
<input type="checkbox"/>	Carga y Despacho de Aeronaves	<input type="checkbox"/>	Mecánico de Taller
<input type="checkbox"/>	Contabilidad	<input type="checkbox"/>	Oficinista
<input type="checkbox"/>	Vigilancia y Control Aeroespacial	<input type="checkbox"/>	Tránsito Aéreo

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 residirá en la ciudad de Buenos Aires hasta una distancia de 50 km. en (marque con X lo que corresponda):

	Domicilio de mis padres		Domicilio de otro familiar		Domicilio de amigos
	Hotel		Casa de Pensión		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

V. AUTORIZACIONES DE LOS PADRES EN CASO QUE EL CANDIDATO SEA MENOR DE 18 AÑOS

1. Los que suscriben..... en su carácter de padre - madre - tutor del solicitante precedente, declaran que prestan consentimiento para su ingreso. Autorizan a su hijo - pupilo a someterse a las exigencias de la vida militar durante el período del Examen de Ingreso y manifiestan, con carácter de declaración jurada haber leído, tomado conocimiento y aceptar, prestando conformidad del contenido de la presente solicitud y de las Autorizaciones Especiales y Otros.

Firma del padre:.....

Firma de la madre:

Aclaración:

Aclaración:

DNI:.....

DNI:.....

VI. TOMADO CONOCIMIENTO

Declaro que todos los datos que figuran en la presente solicitud son fidedignos y asimismo tomo conocimiento que el incurrir en falsedad y/u omisión en cualquiera de los mismos podrá ser causa de separación del Proceso de Selección o de baja, en caso de haber ingresado, decisión que quedará a consideración de una Reunión Extraordinaria del Consejo de Evaluación Integral.

Firma: Aclaración:.....

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.

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

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 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)

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

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 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 a la Escuela de Suboficiales 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 viaje 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 IFE.

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 12°)

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?			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? Describe 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		

19 – Parotiditis (paperas)			53 – Várices			88 – Dolores de rodilla frecuentes		
20 – Poliomelitis			54 – Tos frecuentes			89 – Dolores de espalda frecuentes		
21 – Enfermedades de transmisión sexual			55 – Expectoración frecuentes			90 – Dolores en cintura o ciática		
22 – Blenorragia			56 – Sangre en esputo			91 – Desviaciones de columna		
23 – Dengue			57 – Sudores nocturnos			92 – Articulaciones 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:

.....

.....

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.

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

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 en 50 metros

Objetivo: Evaluar la técnica de nado y la resistencia.

Desarrollo: La prueba consiste en realizar el recorrido de 50 m de nado con estilo libre, sin detenerse ni tomarse de los andariveles u otro elemento, salvo de los bordes de las cabeceras para dar vuelta, donde podrá tocar pero no tomarse.

Puntaje: Se tomará el tiempo que tarda el Candidato/a en recorrer los 50m. El tiempo se leerá a la centésima de segundo. Valores mínimos: **Varones: 45”; Mujeres: 55”.**

(Firma y Sello Médico Clínico)

(Firma y Sello Médico Cardiólogo)

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

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.

FUERZA AÉREA ARGENTINA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

AUTORIZACIÓN DE 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.

FUERZA AÉREA ARGENTINA

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN

INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

PLANILLA DE CONTROL DE DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

Esta planilla debe ser completada y presentada/enviada por el Candidato al momento de presentar la documentación para la inscripción.

Formularios

	Presentada	Certificada
Anexo 1 – Solicitud de Inscripción		SI
Anexo 3 - Compromiso y Consentimiento		SI
Anexo 6 - Autorización de Asistencia Médica de candidatos menores		SI
Anexo 7 – Autorización a retirarse menores de edad		SI

Documentación Personal

	Presentada	Legalizada
Fotocopia del Acta de Nacimiento del Candidato		SI
DOS (2) Fotocopias del DNI		NO
Fotocopia de Partida de Nacimiento de los hijos		SI
Fotocopia de DNI de los hijos		NO
Constancia impresa de CUIL		NO
Certificado de Antecedentes Penales		NO
UNA (1) Fotografía 4 x 4 cm		NO
Comprobante de pago		NO

Documentación Académica

	Presentada	Legalizada
Fotocopia del Certificado Analítico de Estudios Secundarios		SI
Fotocopia del Libro Matriz		NO
Constancia de Certificado Analítico en trámite		NO
Anexo 2 - Constancia de Estudios		NO
Certificado de Finalización de estudios		NO

.....
Firma del Candidato

.....
Apellidos y Nombres

.....
DNI

FUERZA AÉREA ARGENTINA

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN

INSTITUTO DE FORMACIÓN EZEIZA

PLANILLA DE CONTROL DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA PRESENTADA

Esta planilla debe ser completada y presentada al Escuadrón Sanidad del Instituto por el Candidato al momento de presentarse a rendir los Exámenes de Selección (febrero)

Formularios

	Presentada	Certificada
Anexo 4 - Declaración Jurada de Salud		
Anexo 5 - Certificado de Aptitud Física		

Estudios Médicos

	Presentada
Laboratorio (Hemograma, Glucemia, Orina Completa), HIV, Chagas, VDRL, VSG y Grupo y Factor Sanguíneo	
Electroencefalograma con informe de Médico Neurólogo	
Electrocardiograma con ritmo en D II, con informe de Médico Cardiólogo	
Constancia de Factor Sanguíneo (Presentar con Documentación Académica)	
Ecocardiograma con informe de Médico Cardiólogo	
Radiografía de Tórax – frente y perfil de pie con informe de Médico Especialista	
Radiografía Panorámica de Cadera con informe de Médico Especialista	
Radiografía Lumbosacra Frente y Perfil con informe de Médico Especialista	
Radiografía Panorámica Dental con informe de Especialista	
Carnet con Plan Nacional de Vacunación completo (incluyendo esquema finalizado de Antihepatitis A y B y Doble Adultos/Antitetánica)	
PARA PERSONAL FEMENINO	
Examen Clínico Ginecológico, que incluya examen mamario, Colposcopia, Papanicolaou y Ecografía Ginecológica con informe Médico Ginecológico.	

.....
Firma del Candidato

.....
Apellidos y Nombres

.....
DNI