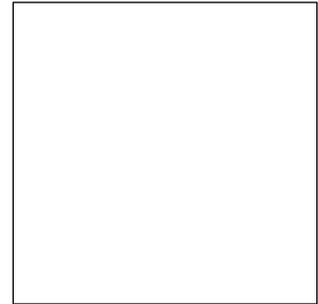




**Instituto Superior de Seguridad Pública
Provincia de Jujuy**

F-1

Inscripción N° _____/2018



SOLICITUD DE INGRESO

Carrera:

Orientación:

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido/s: Nombre/s:

C.U.I.L.: D.N.I. N° Nacido el: Edad:

Sexo: Nacionalidad: Lugar de nacimiento:

Estado civil: Cantidad de hijos/as Grupo sanguíneo

Domicilio: Barrio:

Localidad: Departamento: Provincia:

Teléfono fijo: Celular: E-mail:

Ocupación actual:

¿Estuvo incorporado anteriormente a las fuerzas armadas o fuerzas de seguridad? Grado alcanzado:

Nombre de la fuerza a la que estuvo incorporado:

Fecha de baja: Motivo de baja:

DATOS DE EDUCACIÓN

Nivel educativo alcanzado: Secundario Terciario Universitario

Institución de egreso: Año de egreso:

DATOS DE CÓNYUGE

Nombre completo: D.N.I.

Fecha de nacimiento: Ocupación: Teléfono:

DATOS DE PADRE

Nombre completo: D.N.I.

Fecha de nacimiento: Ocupación: Teléfono:

DATOS DE MADRE

Nombre completo: D.N.I.

Fecha de nacimiento: Ocupación: Teléfono:

-----: DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y COMPLETOS SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO EL EXPRESIÓN DE LA VERDAD. ASIMISMO MANIFIESTO CONOCER Y ACEPTAR LOS REQUISITOS Y CONDICIONES GENERALES DE INGRESO.-----

Firma del postulante _____

Aclaración _____

"NO COMPLETAR POR EL POSTULANTE" RESERVADO PARA COORDINACION DE CARRERAS AUXILIARES EN SEGURIDAD PUBLICA "I.S.S.P."

TALLA (altura)	PESO	Fecha	Firma y sello del profesional
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Apellido/s:
Nombre/s:
D.N.I. N°:
Fecha de nacimiento:
Edad:
Fecha de examen:

-----:Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los exámenes correspondientes, no presenta, en el momento actual, enfermedad o patología o problema de salud que impida o desaconseje realizar actividad física, siendo considerado/a APTO/A para realizar el examen de aptitud física que consiste en carrera de 100 metros, carrera de 330 metros, abdominales, flexiones de brazos y salto en largo. Se emite el presente certificado para ser presentado ante el Instituto Superior de Seguridad Pública.

Firma del paciente

Firma del médico

Aclaración

D.N.I.

Sello aclaratorio

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO REAL

El que suscribe, _____
de nacionalidad _____, con DNI N° _____,
domiciliado en la calle _____
_____ N° _____ Barrio _____
entre calles _____ y _____ de la
localidad de _____ Departamento _____
con Teléfono N° _____ y E-mail _____,
declara bajo juramento que el domicilio Legal está ubicado en el lugar citado
precedentemente.

Asimismo, asumo el compromiso de notificar, por medio fehaciente, todo cambio del mismo,
dentro del plazo máximo de 48hs de producido, en caso contrario tendrá validez legal el
declarado en la presente.

Referencias: (indique algún o algunos puntos de referencia cercanos a su domicilio,
hospital, fábrica, comisaría, estación, etc.) _____

ASPIRANTE

FECHA: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____