



**ESCUELA
DE CADETES**

**DIRECCIÓN GRAL. DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO
JEFATURA DE POLICÍA - POLICÍA DE RÍO NEGRO**

SOLICITUD DE INGRESO



2920 551605
Edmundo Rivero s/N°
Viedma 8500 Río Negro
cadetesviedma@policia.rionegro.gov.ar
www.policia.rionegro.gov.ar
[//policia.rionegro.gov.ar/inscripciones/](http://policia.rionegro.gov.ar/inscripciones/)



_____, ____ de ____ 20____
(lugar y fecha)

**AL SR. JEFE
DPTO. ESCUELA DE CADETES
SU DESPACHO / VIEDMA**

Me dirijo a Ud., solicitando mi inscripción para realizar el curso de Cadetes Aspirantes a Oficiales Ayudantes de Policía - Ciclo Lectivo 2022/23, en la Escuela de Cadetes de la ciudad de Viedma.

Para tal fin y a los efectos del Artículo 51º del Código Penal (Ley 23.057), doy mi expresa conformidad para que se soliciten mis antecedentes ante los organismos que correspondan.

Asimismo me notifico y acepto los requisitos y condiciones que se expresan en el folleto precedente y que recibo con la presente.

Atentamente.

(Firma y aclaración manuscrita)

D.N.I.: _____

OBLIGATORIO PARA LOS MENORES DE 18 AÑOS AL MOMENTO DEL INGRESO.

Por la presente autorizo a mi hijo/tutelado (**tachar lo que no corresponda**), a ingresar a la Escuela de Cadetes de la Policía de la Provincia de Río Negro.

_____, ____ de ____ de ____

(Firma del padre / madre o tutor)

ESPACIO RESERVADO PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA PRECEDENTE

LA CERTIFICACIÓN DEBE SER REALIZADA POR JEFE DE UNIDAD POLICIAL.



FICHA DE DATOS IDENTIFICATORIOS

1. DEL POSTULANTE:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

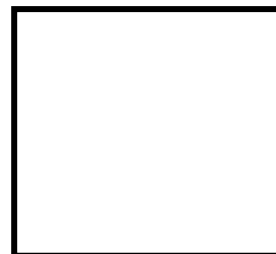
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ LUGAR: _____

PROVINCIA: _____ D.N.I.: _____

ESTADO CIVIL: _____ HIJOS: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

(SI VIVE FUERA DE LA PROVINCIA Y NO POSEE TELÉFONO PROPIO, PUEDE INDICAR EL DE UN FAMILIAR O VECINO, HACIENDO MENCIÓN DE ELLO O EL DE LA SECCIONAL POLICIAL DE SU BARRIO).



2. DE LOS PROGENITORES:

PADRE:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ LUGAR: _____ PROVINCIA: _____

D.N.I.: _____ DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

MADRE:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ LUGAR: _____ PROVINCIA: _____

D.N.I.: _____ DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

3. DE LA FAMILIA A CARGO ESPOSO/A Y/O CONCUBINO/A:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ LUGAR: _____ PROVINCIA: _____

D.N.I.: _____ DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

HIJO/A:

PADRE:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ LUGAR: _____ PROVINCIA: _____

D.N.I.: _____

HIJO/A:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ LUGAR: _____ PROVINCIA: _____

D.N.I.: _____

HIJO/A:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ LUGAR: _____ PROVINCIA: _____

D.N.I.: _____

4. DOMICILIOS ANTERIORES:

AÑO: _____ LOCALIDAD Y PROVINCIA: _____ - _____

DIRECCION: _____

AÑO: _____ LOCALIDAD Y PROVINCIA: _____ - _____

DIRECCION: _____



5. ¿Posee familiares prestando servicios en la Policía Provincial, Fuerzas Armadas y/o de Seguridad? Dé nombres, apellido y lugar de destino.

6. En el caso que Usted haya prestado servicios alguna vez en esta Institución, mencione fecha y lugar de destino:

7. Otros antecedentes relacionados con trabajos anteriores:

8. Acepto de conformidad el dictamen de APTO O INEPTO que dicte esta Policía sin derecho a reclamo alguno; la condición de **IRRECURRENTE** por ningún medio de la opinión vertida por los profesionales médicos de la Institución, **COMO ASÍ EL DESTINO QUE SE ME OTORQUE EN CASO DE APROBAR EL CURSO DE ASPIRANTE A OFICIALES AYUDANTES.**

**DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY QUE LOS DATOS ARRIBA
CONSIGNADOS SON VERDADEROS**

_____, ____ de _____ 20 ____
(Lugar y fecha)

(Firma y Aclaración manuscrita)



POLICIA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO DECLARACIÓN JURADA

APELLIDO: _____ DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____ N° DE HIJOS: _____
 NACIONALIDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____
 D.N.I.: _____ ESTADO CIVIL: _____ FECHA: _____

FAMILIARES	VIVEN		SANOS		ESPECIFICAR PATOLOGIAS DE LOS ENFERMOS
	SI	NO	SI	NO	
PADRE	SI	NO	SI	NO	
MADRE	SI	NO	SI	NO	
HERMANOS	SI	NO	SI	NO	
CONYUGE	SI	NO	SI	NO	
HIJOS	SI	NO	SI	NO	
TUVO QUE ABANDONAR ALGUN EMPLEO POR RAZONES DE SALUD			SI	NO	MOTIVOS:
INDEMNIZACION POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL			SI	NO	MOTIVOS:
PRACTICA DEPORTES			SI	NO	CUALES:
OBSERVA ALGUNA DIETA			SI	NO	CUALES:
FUMA			SI	NO	CUALES:
MEDICAMENTOS			SI	NO	CUALES:
ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES				ANTECEDENTES FAMILIARES	
REUMATISMO			SI	NO	
ARTRITIS			SI	NO	
ASMA BRONQUIAL			SI	NO	
DIABETES			SI	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL			SI	NO	
ENFERMEDADES CARDIACAS			SI	NO	
ENFERMEDADES RENALES			SI	NO	
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS			SI	NO	
GASTRITIS - ULCERAS			SI	NO	
ALERGIAS			SI	NO	
TUBERCULOSIS			SI	NO	
EPILEPSIA			SI	NO	
ENFERMEDADES MENTALES			SI	NO	
FRACTURAS			SI	NO	
OTRAS ENFERMEDADES			SI	NO	
DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY, NO PADECER EN LA ACTUALIDAD ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, VENEREAS O CRONICAS DE CUALQUIER TIPO; NI HABER PADECIDO ENFERMEDADES NEUROLOGICAS, EPILEPSIA O HABER ESTADO INTERNADO O TRATADO POR ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS. DECLARAO ASIMISMO NO SER ADICTO A DROGAS TOXICOMANIGENAS NI CONSUMIR BEBIDAS ALCOHOLICAS EN EXCESO.					

FIRMA INTERESADO

ACLARACIÓN



**DECLARACIÓN JURADA DE PACIENTE O ACOMPAÑANTE
PARA PREVENIR COVID 19**

INFORMACION PERSONAL	
APELLIDO Y NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	TELÉFONO:
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO:
¿HA SALIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE ARGENTINA? SI () DÓNDE..... NO () DESDE..... HASTA.....	
¿HA SALIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE RÍO NEGRO? SI () DÓNDE..... NO () DESDE..... HASTA.....	
ANTECEDENTES DE SALUD	
HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS QUE PRESENTAN: FIEBRE - TOS - DOLOR DE GARGANTA – DOLOR CORPORAL – DIFICULTAD RESPIRATORIA - DOLOR DE CABEZA O DIARREA SI () NO ()	
¿HA TENIDO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA QUE HAYA VIAJADO O QUE SEASOSPECHOSA O DIAGNOSTICADA DE COVID 19? SI () NO ()	
HA PERMANECIDO INTERNADO O HA CONSULTADO EN INSTITUCIONES, CLÍNICAS U OTROS HOSPITALES, EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SI () NO ()	
MARQUE CON UNA CRUZ SI UD PRESENTA ACTUALMENTE ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS: FIEBRE () - TOS () - DOLOR DE GARGANTA () - DIFICULTAD RESPIRATORIA () - DOLOR DE CABEZA () - DOLOR CORPORAL () – DECAIMIENTO () - DIARREA () - DOLOR ABDOMINAL ()- PERDIDA DEL OLFATO () - PERDIDA DEL GUSTO () – RASH CUTANEO (ENROJECIMIENTO CON PICAZÓN O ARDOR) () NO PRESENTO NINGUNO DE LOS SINTOMAS MENCIONADOS ANTERIORMENTE ()	
FECHA:	FIRMA: