

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES

Apellido(s): _____

Nombres: _____

Domicilio actual: _____

Localidad: _____ T.E: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Clase: _____ Edad: _____ D.N.I. N°: _____

Estado civil: _____ ¿Hijos? _____ Cantidad: _____

¿Familia o persona alguna que se encuentre a su cargo? **SI - NO**

¿Vinculo? _____ Edad _____

Apellido y nombres: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ D.N.I. N° _____

Domicilio _____ Barrio _____

Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____

Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

ESTUDIOS REALIZADOS:

- **Primario Si - No - Secundario Si - No - Terciario Si - No - Universitario Si - No**

Título último año: _____ Año de Egreso: _____

OTROS ESTUDIOS REALIZADOS/QUE REALIZA O REALIZO: SI - NO

¿Cuáles? _____ ¿Continúa? **SI - NO**

Causas de baja/abandono: _____

DATOS LABORALES: ¿Trabaja o trabajó? **SI - NO** ¿dónde? _____

¿Solicito o fue dado de baja en alguna institución Militar, Civil – Militar, fuerza de Seguridad? **SI - NO**

¿Motivo? _____

¿Qué otros trabajos esta en condición de realizar? _____

¿Por qué desea ingresar al Servicio Penitenciario y de Readaptación Social? _____

DATOS PERSONALES DE LOS PADRES:

PADRE: Apellido y nombres: _____

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

D.N.I. N° _____ Estado civil: _____

Domicilio _____ Barrio _____

Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____

Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

MADRE: Apellido y nombres: _____

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

D.N.I. N° _____

Domicilio _____ Barrio _____

Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____

Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

ESPOSA/CONYUGUE: Apellido y nombres: _____

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

D.N.I. N° _____ Estado civil: _____

Domicilio _____ Barrio _____

Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____

Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

DATOS PERSONALES DE HERMANOS:

Apellido y nombres: _____

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

D.N.I. N° _____ Estado civil: _____

Domicilio _____ Barrio _____

Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____

Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

Apellido y nombres: _____

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

D.N.I. N° _____ Estado civil: _____

Domicilio _____ Barrio _____

Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____

Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

Apellido y nombres: _____
¿Vive? **SI – NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
D.N.I. N° _____ Estado civil: _____
Domicilio _____ Barrio _____
Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____
Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI – NO** Jubilado/a: **SI – NO**

Apellido y nombres: _____
¿Vive? **SI – NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
D.N.I. N° _____ Estado civil: _____
Domicilio _____ Barrio _____
Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____
Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI – NO** Jubilado/a: **SI – NO**

Apellido y nombres: _____
¿Vive? **SI – NO** Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
D.N.I. N° _____ Estado civil: _____
Domicilio _____ Barrio _____
Ciudad _____ Cel. o Tel N° _____
Profesión o empleo: _____ Pensionado/a **SI – NO** Jubilado/a: **SI – NO**

Declaro conocer y aceptar las condiciones de ingreso, y las vacantes establecidas.

SE HACE CONOCER QUE LO EXPRESADO TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA** Y POR LO TANTO, LA FALSEDAD U OMISION DE DATOS IMPLICARÁ SU **EXCLUSIÓN DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN Y QUEDARÁ INHABILITADO** PARA FUTURAS INCORPORACIONES QUE REALICE EN EL SERVICIO PENITENCIARIO PROVINCIAL.

RESISTENCIA,..... Del mes de.....de.....

Firma del postulante: D.N.I. N°:Aclaración:

La presente solicitud debe ser rellena con MAQUINA DE ESCRIBIR O LETRA DE IMPRENTA

CERTIFICADO MÉDICO

Para la realización de las Pruebas Físicas de ingreso al "Vº CURSO DE FORMACIÓN PARA AGENTES PENITENCIARIOS", Convocatoria Año 2024, los exámenes de Admisión requeridos por el Instituto de Formación Penitenciaria, constan de las siguientes actividades:

- 1) Test de 2000 metros (Tiempo máximo MASCULINO 9' 00", tiempo Máximo para FEMENINO 10'30").
- 2) Test de Abdominales 30" (30 ejercicios como mínimo para MASCULINO, y 21 ejercicios como mínimo para FEMENINO).
- 3) Test de Salto horizontal a pies juntos (para MASCULINO como mínimo 2,00 metros, para FEMENINO como mínimo 1,60 metros).
- 4) Test de Dominadas (MASCULINO como mínimo 05 repeticiones, y para FEMENINO como mínimo 24").
- 5) Resistencia a la Velocidad 100 metros (como mínimo para MASCULINO 19", para FEMENINO como mínimo 21").

CERTIFICO QUE:

CON D.N.I. Nº.....DE.....AÑOS DE EDAD, EN FECHA: / / , HA SIDO EXAMINADO Y SE ENCUENTRA **APTO / NO APTO**, PARA EL PROCESO DE EXIGENCIAS FISICAS DE ADMISIÓN DEL PRESENTE AÑO EN EL INSTITUTO DE FORMACION PENITENCIARIA DE LA PROVINCIA DEL CHACO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Nota:

- Este Certificado Médico debe ser expedido por profesionales de Salud Pública y/o Privada de la Provincia del Chaco.
 - El postulante que no presente este Certificado, no podrá someterse a las pruebas físicas previstas, y en consecuencia, quedará excluido del proceso de selección.
 - Presentar Electrocardiograma (ECG)
-
-

**SEÑOR:
JEFE INSTITUTO DE FORMACIÓN PENITENCIARIA
SU DESPACHO:**

El que suscribe, _____

D.N.I N° _____, Fecha de Nacimiento ____/____/____,

Solicito a Ud., se me incluya en la lista de postulantes para ingresar como alumno del Instituto de Formación Penitenciaria, en el "Vº CURSO DE FORMACIÓN PARA AGENTES PENITENCIARIOS", Convocatoria Año 2024.

A los fines legales pertinentes hago constar que me domicilio en: _____, de la ciudad/localidad de:

_____ y que autorizo por la presente a que se informen sus antecedentes, en función de lo previsto en el artículo 51º del Código Penal de la Nación (Modificado por Ley N° 23.057). Asimismo, declaro y acepto las condiciones, requisitos y exámenes de ingreso de la presente convocatoria, a los que accederé de manera voluntariamente; aceptando el régimen y exigencias de los Planes de Estudios del Instituto de Formación Penitenciaria, así como las disposiciones internas y normas que regulan el funcionamiento del establecimiento educativo, comprometiéndome a observarlas.

Declaro, bajo juramento, que no fui dado de baja anteriormente por razones disciplinarias de Institutos de Formación de las Fuerzas Armadas, de Seguridad y/o Policiales.

Adjunto FORMULARIO DATOS PERSONALES, debidamente conformado.

Firma del Postulante

La presente solicitud debe ser rellena con LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE.

DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Este cuestionario revierte el carácter de "Declaración Jurada" en consecuencias todo ocultamiento o falsa información es causa suficiente para la aplicación de las sanciones previstas en el Art. 293 del Código Penal.

CUESTIONARIO

ANTECEDENTES PERSONALES: Nació a término _____ Parto Normal _____ Se aplicó Vacunas: Antidiftérica _____ Antifífica _____ Anticoqueluchosa _____

Se aplicó sueros: Antitetánicos _____ Antidiftérico _____ Antirrábico _____ Antiofídico _____.

Practica Deportes: _____ Fuma: _____ Que cantidad: _____

Toma actualmente medicina: _____ Cual: _____ Porqué: _____

HA PADECIDO O PADECE ACTUALMENTE DE:

Mal de Chagas _____ Difteria _____ Fiebre alta prolongada _____

Escarlatina _____ Reumatismo _____ Fiebre por las Tardes _____

Brucelosis _____ Sarampión _____ Enf. Veneras _____

Tuberculosis _____ Paperas _____ Enf. De los pies _____

Paludismo _____ Parálisis _____ Enf. De los Ganglios _____

Falta de aire (disnea) _____ Hemorragias nasales _____ Ronquera _____

Asma _____ Supuración de oídos _____ Disfonía _____

Bronquitis a repetición _____ Zumbidos y vértigo _____

Resfríos Frecuentes _____ Dificultades para oír _____

Sinusitis _____ Alergia _____

Picazón nasal _____ Expectoración con Sangre _____

Enfermedades de pulmón _____ Cuales _____

Enfermedades de Corazón _____ Cuales _____

Presión alta _____ Debilidad y Fatiga _____ Lesiones que no cicatrizan _____

Palpitaciones _____ Diabetes _____ Varices hemorroides _____

Enfermedades de estómago _____ Cuales _____

Vómitos con sangre _____ Dolor de Hígado _____ Aumento o pérdida de peso _____

Intolerancia alimentaria _____ Diarreas Frecuentes _____ Intoxicaciones _____

Visión doble _____ Confusión de colores _____ Otras enf. De la vista _____

Dificultad para leer _____ Cuales _____ Orzuelos _____

Enfermedades de la columna _____ Cuales _____

Articulaciones dolorosas _____ Golpe en la cabeza _____ Dolores de espalda _____

Dolores de cabeza _____ Dolores de cintura _____ ciática-lumbago _____

Fracturas _____ Dolores de brazos y hombros _____ hernia _____
Angustia _____ Dificultad para dormir _____
Nervios habitual _____ preocupación excesiva por la salud _____
Convulsiones _____ Temores _____ ¿Cuáles? _____ hormigueos _____
Algún síntoma físico de origen nervioso _____
Ataques de Nervio _____ Incomodidad en lugares cerrados _____ manía del orden,
Limpieza _____ celos exagerados _____
Cuida mucho antes de tomar una decisión _____
Tiene épocas de depresión o tristeza _____ pensó eliminarse _____
Se sienten injustamente tratados por quienes lo rodean _____
Se relaciona fácilmente con la gente _____ se siente extraño o diferente _____
Ha consultado alguna vez con un psiquiatra o psicólogo _____ desea hacerlo _____
Estuvo alguna vez internado _____ donde _____ porque motivos _____
Indique que operaciones ha tenido _____
Fue expulsado del servicio militar _____ porque _____
Ha consultado muchos médicos _____ porque _____
Fue expulsado de algún trabajo por razones de salud _____ porque _____
Padre vive? _____ está a su cargo _____ madre vive? _____ está a su cargo _____
Falleció? _____ causa _____ falleció _____ causa _____
Tiene o tuvo alguna enfermedad? _____ tiene o tuvo alguna enfermedad? _____
Cuál? _____ cual? _____

Declaro bajo juramento que mis respuestas son verdaderas y que no oculto ninguna afección pasada ni presente facultando a la Dirección General de personal a requerir cualquier otra información que considere necesaria.

Lugar ____/____/____

FIRMA _____

Aclaración _____

PRUEBA DE SELECCIÓN III
EXAMEN PSICOTÉCNICO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre:.....

DNI:..... Fecha:.....

Por la presente, doy mi consentimiento libre y voluntario para realizar entrevistas psicodiagnósticas y técnicas de evaluación psicológica en el marco del ingreso al Servicio Penitenciario y de Readaptación Social de la Provincia del Chaco. Dejo constancia que se me ha explicado que la información que surja de la presente instancia podrá ser utilizada solamente a los fines de la evaluación de mi perfil psicológico-laboral. Por fuera de la misma todos los datos aportados se encuentran comprendidos dentro del secreto profesional. Doy fe que se han contestado mis preguntas y que he comprendido lo explicado, aceptando las condiciones propuestas.

.....

Firma

Nombre y Apellido

D.N.I.

.....

Profesional

CONSTATACION DOMICILIARIA "B"

FECHA: Hora: Duración:

Domicilio:.....

Entrevista Solicitada por:.....

Profesional Interviniente:.....

Objetivo de la entrevista:.....

Nombre y Apellido: DNI:.....

Lugar y fecha de nacimiento:..... Edad:

Nivel De Instrucción:

Estado Civil:

Oficio u Ocupación:

Domicilio de Trabajo:

Nombre y Apellido del Familiar entrevistado:

Grupo familiar conviviente:

.....
.....
.....

Antecedentes Médicos (Familiares):

.....
.....

Situación de Salud de los Convivientes:

.....
.....

Cobertura Médica/ Centro de Referencia donde se atiende:

.....

Antecedentes familiares con Problemas de Salud Mental:

.....

.....

.....

.....

Antecedentes en casos de consumo Problemático de sustancias y otras adicciones, dentro del seno familiar:

.....

.....

Historia de Vida/ Situación Familiar:

.....

.....

.....

.....

Características Habitacionales: (Ambientes, Servicios, accesos, colectivos, Instituciones Cercanas, características generales del Barrio, casa propia/alquilada, número de grupos familiares dentro del perímetro del domicilio fijado).

.....

.....

Otros datos de interés y observaciones:

.....

.....

Sondeo Vecinal:

Descripción de Redes Comunitarias y Sociales: con las que interactúa el grupo familiar: (vínculos, redes de apoyo y referencia):

.....
.....

Observación de los vecinos en relación a la familia visitada: (apreciaciones aportadas sobre la familia y el postulante)

.....

Otros datos de interés y observaciones:

.....
.....

Dinámica de la entrevista:

Predisposición para recibir al Trabajador social:.....

.....
.....
.....

Actitud mantenida en la entrevista:

.....

.....

Profesional

FICHA DENTAL DEL POSTULANTE

ANTECEDENTES DEL POSTULANTE AGENTES PENITENCIARIOS

..... Apellido Paterno Apellido Materno Nombres
..... Doc. Identidad Edad Fecha de Nacimiento
..... Ciudad Teléfono Correo electrónico @

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN DENTAL DE ADMISIÓN

1. Publicado el resultado psicológico recibirá las instrucciones online o vía red telefónica para coordinar una atención con el Oficial de Sanidad Dental o Médico de la Institución, que le practicará el examen clínico, para completar la presente ficha dental y determinar si **“PASA A REVISIÓN DEL INSTITUTO DE FORMACION PENITENCIARIA DEL SERVICIO PENITENCIARIO PROVINCIAL”** o esta **“NO APTO”** para ingresar a la Institución.

El postulante tendrá derecho a conocer el resultado de este examen.

En caso de que sea considerado **“NO APTO”**, el dentista le informará claramente los motivos de su resolución y retendrá la ficha dental, para luego entregarla al Oficial a cargo del área de Sanidad del Instituto.

La condición final de **“APTO”** sólo será otorgada por la Junta Médica del Instituto de Formación Penitenciaria.

2. El postulante que **“PASA A REVISIÓN DEL INSTITUTO DE FORMACION PENITENCIARIA”**, podrá continuar con el proceso y deberá hacer entrega de su carpeta con la totalidad de los antecedentes de postulación requeridos, incluida la Ficha Dental con los exámenes de apoyo de diagnóstico (Radiografías Panorámica con informe).

3. El postulante que se encuentra en tratamiento de ortodoncia, deberá presentar un certificado otorgado por el Ortodoncista tratante donde acredite que a la fecha de ingreso al Instituto serán retirados

4. Todo tratamiento pendiente debe ser efectuado previamente antes de hacer la ficha odontológica.

5. Para tener una buena función masticatoria, la OMS. Considera que se deben conservar, al menos 20 dientes naturales de los 28 o 32, incluyendo los terceros molares o muelas. En este contexto el **“Edentulismo”** (perdidas de piezas dentarias) total o parcial, significa una condición discapacitante implicando limitaciones en la actividad de las personas. Así como también problemas para participar en situaciones vitales.

EXAMEN EXTRA BUCAL

1. CARA Y CUELLO (cicatrices, asimetría facial etc.)

2. SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO – MANDIBULAR

EXAMEN INTRA BUCAL

1. MUCOSA BUCAL:

- a) Vestíbulo: _____
- b) Mejillas: _____
- c) Labios: _____
- d) Lengua: _____
- e) Piso de Boca: _____
- f) Paladar Blando y Duro: _____

2. ENCÍAS:

- a) Aspecto General: _____
- b) Acúmulo de Depósitos Duros y Blandos: _____

3. OCLUSIÓN:

- a) Alteración oclusal (mordida cruzada, invertida, etc.) _____
- b) Desgaste Dentario (ubicación): _____
- c) Uso de Plano Protector Nocturno (Si /No) _____
- c) Mal Posición Dentaria: _____

4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MAXILARES

- a) Alteraciones (Clase II y Clase III esquelética severas) _____

5. PIEZAS DENTARIAS:

- a. Restos Radiculares (Piezas): _____
- b. Movilidad: _____
- c. Situación de 3ros. Molares: _____

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Este es un importante complemento del examen clínico. Debe efectuarse con radiografías retro alveolar y Panorámica informadas, las cuales deben adjuntarse a la presente ficha.

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS DE IMPORTANCIA _____

ODONTOGRAMA

The dental chart consists of 32 tooth positions arranged in a standard dental arch. The positions are numbered as follows:

- Upper arch (from left to right): 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
- Lower arch (from left to right): 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

There are two rows of 10 small square boxes in the center of the chart, representing the first premolars (55-65) and second premolars (85-75). Each box is labeled with its corresponding tooth number.

Below the chart, there is a field for the plaque index: **Índice de placa actual** _____ %

-
- Piezas dentarias ausentes: Marcar con una x rojo
 - Obturaciones: Marque con rojo
 - Caries y obturaciones defectuosas: Marque con azul
 - Pieza por extraer: Marque con x azul

Este recuadro solo debe ser completado por el Oficial de Sanidad Dental del Servicio Penitenciario Provincial

CONDICION FINAL: APTO..... NO APTO..... APTO CONDICIONAL.....

Apto: buen estado de salud bucal y periodontal.

No Apto: mal estado de salud bucal y periodontal. Ausencias de piezas dentarias y sin reposición de Prótesis, (excepcionalmente de canino a canino)

Apto Condicional: presenta dos o tres caries pequeñas, fáciles de restaurar dentro de 15 días como máximo.

OBSERVACIONES: _____

FIRMA

RESULTADO DEL EXAMEN DENTAL

El examen debe ser completado por Oficiales de Sanidad Dental del Servicio Penitenciario Provincial.

GRADO:..... D.N.I.:.....

NOMBRE:

APTITUD: APTO Si - No APTO CONDICIONAL Si - No
(Marque según corresponda)

OBSERVACIONES:

.....

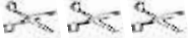
.....

.....

FIRMA

Completar y Recortar los siguientes cuadros y pegar:

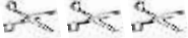
- **(01)** en la carpeta tipo manila (**datos personales**)
- **(02)** en el sobre (**estudio médicos**)

(01)- ---  ---

.....
APELLIDO

.....
NOMBRE

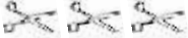
.....
DNI. N°

(01)- ---  ---

.....
APELLIDO

.....
NOMBRE

.....
DNI. N°

(02)- ---  ---