

SOLICITUD DE INGRESO

FOTOGRAFÍA DEL/DE LA ASPIRANTE	RECONOCIMIENTO MEDICO
FOTO (4 X 4) COLOR	ACTA NRO..... RESULTADO..... FIRMA PROF..... ACLARACIÓN.....

Solicito al señor Director Nacional, quiera tener a bien considerar la posibilidad de incorporarme a Gendarmería Nacional, en la categoría de

A los fines administrativos, informo los siguientes datos:

PERSONALES:

Apellido y nombre (según DNI):.....

Por adecuación de trato:

Lugar de Nacimiento:..... Fecha Nacimiento.....

Documento Nacional de Identidad Nro.....CUIL:.....

Correo Electrónico:.....

Estudios Cursados:.....

Profesión u Oficio:.....

Estado Civil:.....

Domicilio:

Calle:.....Nro.:.....Piso:..... Dpto.:.....

Localidad:.....Partido:..... Provincia:.....

Código Postal:..... TEL:..... CEL:.....

Otros Datos de Referencia (1):

1- Nombre y Apellido:..... Parentesco:.....

Teléfonos:.....

2- Nombre y Apellido:..... Parentesco:.....
Teléfonos.....

INFORMACION COMPLEMENTARIA (2):

SI — NO Presté servicios en reparticiones Nacionales o Provinciales, Repartición:

.....lugar:.....

SI — NO trabajo actualmente, Empleador:.....

Domicilio:..... TEL:.....

Fecha de iniciación:.....

FAMILIA:

(PADRE)

Nombres y Apellido:..... Nacionalidad:.....

Lugar y fecha de Nacimiento:.....

DNI Nro.:..... Domicilio:.....

(MADRE)

Nombres y Apellido:..... Nacionalidad:.....

Lugar y fecha de Nacimiento:.....

DNI Nro.:Domicilio:.....

OBSERVACIONES (3):.....

Lugar y fecha.....

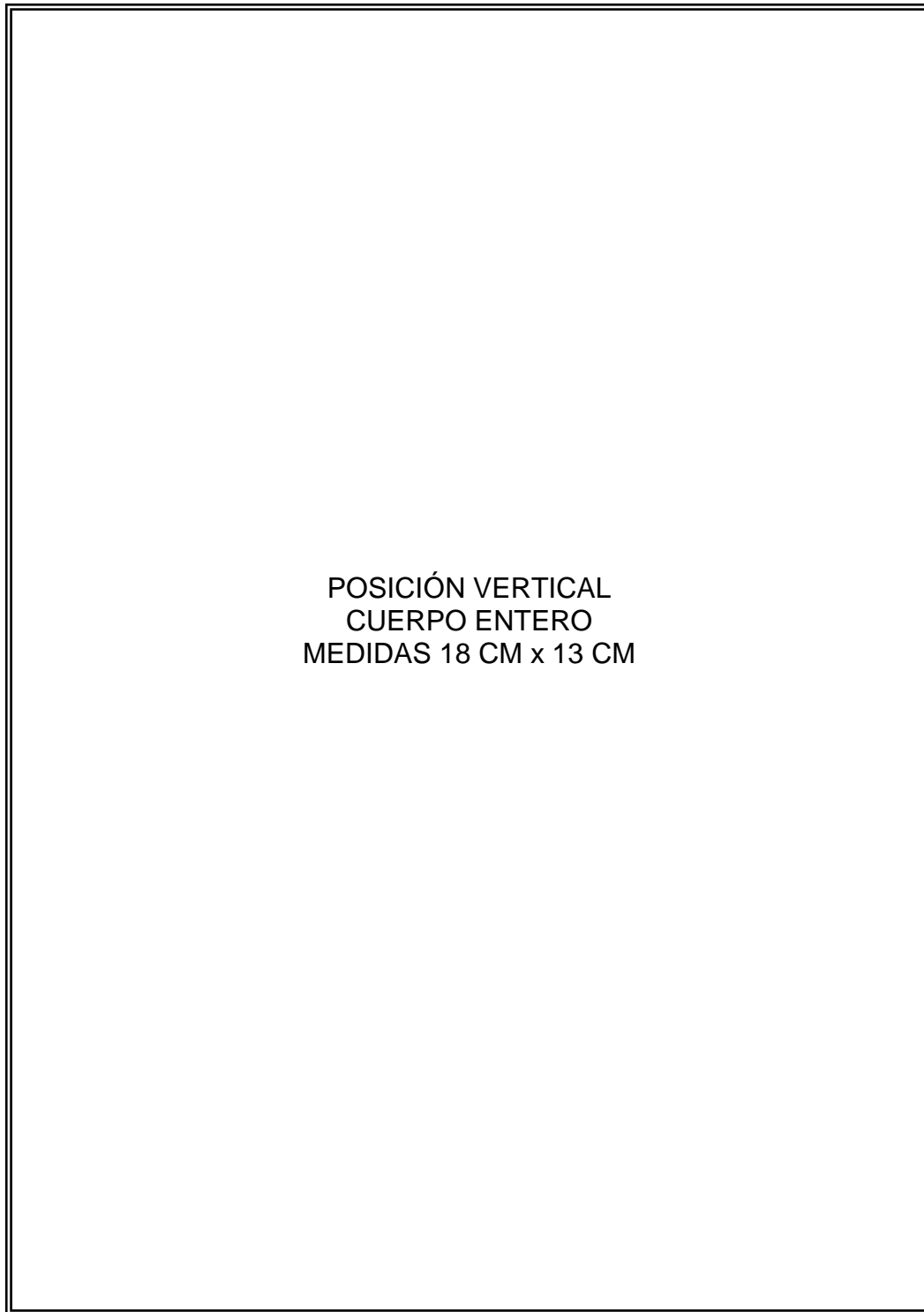
.....
FIRMA

REFERENCIAS:

- (1) Consignar los datos de DOS (2) vecinos cercanos al domicilio del interesado, a fin de mantener contacto alternativo con el causante.
- (2) **SI — NO**, tachar lo que no corresponda.
- (3) Completar de puño y letra aspectos no contemplados en el presente formulario.

FOTOGRAFÍA DEL POSTULANTE
(Cuerpo entero, de frente)

Apellido y nombres: DNI:



EDAD: años - PESO: kgs. - ESTATURA: mts. - PERÍMETRO TORÁCICO: cms.

Personal Masculino: saco y corbata(sugerido).

Personal Femenino: tailleur o traje (pollera larga o media rodilla y saco) - (sugerido).

DECLARACIÓN JURADA

Cumplimiento Decreto 980/08, Ingreso en los distintos Agrupamientos Escalafonarios y Especialidades. Condiciones. (Artículo 2º, inciso h)).

Nombre y Apellido:

Documento Nacional de Identidad N°:

Título:.....

Por medio de la presente me notifico, del artículo 2) inciso h) del Decreto 980/08, que estipula “Sin perjuicio de lo prescripto en el artículo anterior, no podrán ingresar (...), h) el deudor moroso del **Fisco**, mientras se encuentre en esta situación”.

Conforme la notificación precedente declaro bajo juramento, no encontrarme en situación de deudor del **Fisco**.

Asimismo, se deja constancia que de ser la GENDARMERIA NACIONAL informada respecto de deudas del causante con el Fisco, se producirá la segregación automática de la Fuerza.

Previa e íntegra lectura, se firma al pie en prueba de conformidad y para constancia.

Todos los formularios, que deban ser completados por los postulantes tendrán el carácter de declaración jurada, con las características de los instrumentos públicos, en tales casos se deberá transcribir el artículo 293, sgtes., y concordantes del Código Penal de la Nación: “Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de que pueda resultar perjuicio. Si se tratase de los documentos mencionados en el último párrafo del artículo anterior, la pena será de 3 a 8 años”.

Lugar y fecha:.....de.....de 20.....-

Firma.....

Aclaración.....

DECLARACIÓN JURADA

INCOMPATIBILIDAD ENTRE EL COBRO DE HABERES PREVISIONALES Y REMUNERACION POR CARGO EN LA FUNCIÓN PÚBLICA (DECRETO 894/01 Y 980/08).

El firmante (1).....,(2).....,
declaro bajo juramento, acorde lo establecido en el Art. 4 de Decreto 894/2001 y Art. 7 de Decreto 980/08, que no percibo beneficio Provisional (Desempleo; Jubilación; Pensión; Plan Jefes y Jefas de Hogar; Programa de Empleo; Beneficio en trámite o autónoma o bajo relación de dependencia) o Haber de Retiro proveniente de ningún Régimen de Previsión Nacional Provincial o Municipal.-----

Todos los formularios, que deban ser completados por los postulantes tendrán el carácter de declaración jurada, con las características de los instrumentos públicos, en tales casos se deberá transcribir el artículo 293, sgtes., y concordantes del Código Penal de la Nación: "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de que pueda resultar perjuicio. Si se tratase de los documentos mencionados en el último párrafo del artículo anterior, la pena será de 3 a 8 años".--

Lugar y fecha:.....de.....de 20.....-

Firma.....

Aclaración.....

Complete con Letra Imprenta Mayúscula

- (1) Nombres y Apellido
- (2) Nro DNI

DECLARACIÓN JURADA

INCOMPATIBILIDAD CON EL COBRO DE BENEFICIOS
POR CARGO EN LA FUNCION PUBLICA

El firmante,.....DNI.....
declara bajo juramento que:

PARA EL TITULAR

HA PERCIBIDO / PERCIBE / NO PERCIBE

(señalar con un círculo lo que corresponda)

- a) Beneficio Previsional o Haber de Retiro, de alguna naturaleza, proveniente de cualquier Régimen de Previsión Nacional, Provincial o Municipal (Art 4 del Decreto 894/2001).

En caso afirmativo deberá indicar tipo de beneficio, importe y fecha de alta y/o baja:
.....

HA PERCIBIDO / PERCIBE / NO PERCIBE

(señalar con un círculo lo que corresponda)

- b) Beneficio establecido por el programa Jefes de Hogar creado por el Decreto 565/02 y demás normativa dictada al respecto y/o cualquier otro tipo de beneficio o subsidio asistencial proveniente del Estado Nacional, Provincial o Municipal.

En caso afirmativo deberá indicar tipo de beneficio, importe, fecha de alta y/o baja
.....

Al respecto manifiesta expresamente conocer los requisitos, incompatibilidades y penalidades establecidos por las normas que rigen en la materia.

Lugar y fecha:.....de.....de 20.....-

Firma.....

Aclaración.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LA
SEROLOGIA Anti – HIV (LEY 23.798 – Dec 1.244/91**

Nombre y Apellido:.....Nacionalidad:.....

Estado civil:.....Fecha de nacimiento:.....

Domiciliada/o en:.....

Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informada/o por el Doctor:.....

sobre la necesidad de someterme a una prueba diagnóstica para la detección indirecta, del virus que transmite el SIDA (HIV), mediante la técnica ELISA o similar. -----

A su vez se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectada/o por el virus HIV. -----

Por todo lo expuesto consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica, y en el caso de que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva. -----

Nota: el presente consentimiento abarca también los diagnósticos serológicos de Hepatitis B y C.

Firma..... Aclaración.....

DNI Nro.:.....-

Observaciones: la presente deberá ser suscrita por el causante de su puño y letra.