

**CARPETA**  
**PERTENECIENTE AL**

**ASPIRANTE A GENDARME**

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

- 1- SOLICITUD DE INGRESO.
- 2- FOTOGRAFÍA CUERPO ENTERO.
- 3- DOCUMENTACIÓN PERSONAL.
- 4- TÍTULOS Y CERTIFICADOS.
- 5- ANTECEDENTES PERSONALES.
- 6- DECL. JURADAS Y ACTAS.
- 7- FOTOCOPIA APTO MEDICO.

**DOCUMENTACIÓN SANITARIA**  
**PERTENECIENTE AL**

**ASPIRANTE A GENDARME**

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**CONTIENE:**

- 1- RESULTADOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO.
- 2- RESULTADOS DE ELECTROENCEFALOGRAMA.
- 3- RESULTADOS DE ELECTROCARDIOGRAMA.
- 4- RESULTADOS DE ECOGRAFÍAS.
- 5- PLACAS RADIOGRÁFICAS.

**CONFECCIÓN DE CARPETA PERSONAL**  
**(RESPECTAR EL SIGUIENTE ORDEN)**

1. **SOLICITUD DE INGRESO.**
2. **FOTOS COLOR (4 X 4 - UNA (1)).**
3. **FOTOGRAFÍA COLOR (13 X 18 – UNA (1)),** cuerpo entero - de frente fondo blanco.
4. **FOTOCOPIA DEL DNI (UNA (1) fotocopia anverso y reverso).**
5. **PARTIDA DE NACIMIENTO (UNA (1)).**
6. **CONSTANCIA NÚMERO DE CUIL (tramitar en el ANSES o Internet).**
7. **CERTIFICADO ESTUDIOS SECUNDARIOS COMPLETO - Título y Analítico** Legalizados por el Ministerio de Educación de la Provincia correspondiente (una (1) fotocopia).
8. **CERTIFICADO DE REINCIDENCIA (tramitar vía internet: <http://www.dnrec.jus.gov.ar>).**
9. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES POLICIALES “PROVINCIAL”.**
10. **CONSTANCIAS DE NO INFRACTOR ELECTORAL.** Deberá ingresar a la página <https://infractores.padron.gob.ar> (“REGISTRO DE INFRACTORES AL DEBER DE VOTAR” – ART. 18 “CNE”); GENERARÁ e IMPRIMIRÁ las 5 CONSTANCIAS DE LAS ELECCIONES EXISTENTES sin excepción. En caso de figurar como que No ha emitido su voto en una o más elecciones, deberá regularizar tal situación indefectiblemente, de tal manera que pueda generar e imprimir todas las Constancias. DE NO SER ASÍ NO PODRÁ REALIZAR TRÁMITES DE INSCRIPCIÓN.
11. **CONSTANCIA DE ANSES,** respecto a consulta “RELACIONES FAMILIARES VIGENTES” (únicamente a los fines informativos).
12. **DECLARACIÓN JURADA INCOMPATIBILIDAD DE HABERES (1 Y 2).**
13. **DECLARACIÓN DE NO EVASOR AL FISCO.**
14. **ACTA DE CONFORMIDAD PARA LA PRÁCTICA DE TEST DE HIV.**
15. **ACTA DE CONFORMIDAD DE CONSENTIMIENTO PARA ANÁLISIS DE ORINA POR CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO.**
16. **ACTA DE CONFORMIDAD DE CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST QUE DETERMINA FEHACIENTEMENTE UN ESTADO DE GRAVIDEZ.**
17. **FOTOCOPIAS DE LA “FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO DE INCORPORACIÓN” CON LA CALIFICACIÓN FINAL DEL MÉDICO DE GENDARMERÍA.**
18. **UNA CARPETA,** de cartulina tipo “VELOX” oficio color verde, con Broche Nepaco metálico. la carpeta debe ser confeccionada de forma única con la documentación requerida en los puntos anteriores, con la caratula “CARPETA”.
19. **UN SOBRE PAPEL MADERA,** conteniendo totalidad de estudios **MÉDICOS PRACTICADOS** y la “FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO DE INCORPORACIÓN (Original)” con la **Calificación FINAL DEL MÉDICO DE Gendarmería,** con la caratula “DOCUMENTACIÓN SANITARIA”.

**ANTE CUALQUIER CONSULTA O DUDAS DIRÍJASE A LA UNIDAD DE GENDARMERÍA NACIONAL MÁS PRÓXIMA A SU DOMICILIO.**

**SOLICITUD DE INGRESO**

FOTOGRAFÍA DEL/DE LA ASPIRANTE	RECONOCIMIENTO MEDICO
	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.....

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.

**FOTOGRAFIA DE CUERPO ENTERO DEL / LA ASPIRANTE**

PEGAR FOTOGRAFIA EN ESTE SECTOR

**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.

..... de.....del 20.....-

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN

**AUTORIDAD DE GENDARMERIA NACIONAL CERTIFICANTE:.....**

## 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”.--

.....,..... de.....del 20.....-

Firma.....

Aclaración.....

**Complete con Letra Imprenta Mayúscula**

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



**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, sges., 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”.

.....de.....del 20.....-

Firma.....

Aclaración.....

**ACTA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESCRIPCION 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. - - - - -

.....,..... de.....del 20.....-

Firma..... Aclaración.....

DNI Nro.:.....-

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

ACTA

CONSENTIMIENTO PARA ANÁLISIS DE ORINA POR  
CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO

En Ciudad ....., Provincia de ....., República Argentina, en el asiento de la Escuela/Instituto....., sito en ....., a los ..... días del mes de ....., del año dos mil ....., siendo las .....horas, quien suscribe, el/la Postulante....., DNI Nro: ....., deja expresa constancia que de conformidad con lo expresado, **PRESTA / NO PRESTA** consentimiento para la **REALIZACIÓN DEL TEST NO INVASIVO EN ORINA** que determina el consumo de drogas de abuso, a realizarse con motivo de su incorporación a Gendarmería Nacional en el grado de Gendarme.- - - - -

Además y mediante este Acto, queda explicitado que el/la causante toma expreso conocimiento que tal Test -como lo determina la Resolución del Ministerio de Seguridad de la Nación Nro 131/12-, **NO TIENE CARÁCTER COMPULSIVO, PERO SU NEGATIVA A REALIZARSE EL MISMO LO/LA CONDICIONA PARA CONTINUAR CON EL PROCESO DE SELECCIÓN EN EL CUAL ESTÁ PARTICIPANDO**, complementariamente a lo dispuesto en el Protocolo para la Evaluación Psicológica a los Postulantes a Ingresar a los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad del Ministerio de Seguridad de la Nación, y la Disposición del Director Nacional de Gendarmería Nro. 1271/12.- - - - -

**FIRMA:** .....

**ACLARACIÓN:** .....

**DNI:** .....

ACTA

**CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST QUE DETERMINA FEHACIENTEMENTE UN ESTADO DE GRAVIDEZ**

En ciudad ....., Provincia de .....,  
República Argentina, en el asiento de la  
Escuela/Instituto.....,  
sito en ....., a los .....días  
del mes de....., del año dos mil....., siendo las .....horas,  
quien suscribe, la Postulante.....,DNI  
Nro:....., deja expresa constancia que **SI / NO / DESCONOCE**  
que se encuentra cursando embarazo.- - - - -

Que de conformidad con lo expresado, **PRESTA / NO PRESTA** consentimiento para  
la **REALIZACIÓN DEL TEST** que determina fehacientemente un **ESTADO DE GRAVIDEZ**, a realizarse con motivo de su incorporación a Gendarmería Nacional en el grado de Gendarme.- - - - -

Además y mediante este Acto, queda explicitado que la causante toma expreso conocimiento que tal Test -como lo determina la Resolución del Ministerio de Seguridad de la Nación Nro 472/11 y la Disposición del Director Nacional de Gendarmería Nro 609/11-, respecto que la realización del mismo para determinar el Estado de Gravidéz y/o Estado Serológico, **NO TIENE CARÁCTER COMPULSIVO, NI SU NEGATIVA A REALIZARSE EL MISMO LE IMPIDE CONTINUAR CON EL PROCESO DE SELECCIÓN EN EL CUAL ESTÁ PARTICIPANDO**, eximiendo al Cuerpo Médico interviniente de toda responsabilidad legal ante un caso de embarazo no declarado/detectado.- - - - -

**FIRMA:** .....

**ACLARACIÓN:** .....

**DNI:** .....