

**FUERZA AÉREA ARGENTINA
SUBJEFATURA EMGFAA
DIRECCION GENERAL DE
SEGURIDAD Y DEFENSA**

INCORPORACIÓN DE SOLDADOS VOLUNTARIOS PARA LA ESPECIALIDAD DE SEGURIDAD Y DEFENSA

Requisitos

1. Tener entre 18 y 24 años de edad al momento del inicio de la instrucción militar.
2. Nacionalidad: Ser argentino/a nativo, por opción o naturalizado.
3. Estado Civil: Ser soltero/a (puede tener hijos y/o personas legalmente a cargo).
4. Nivel de Estudios: Tener aprobado los estudios primarios.
5. No tener antecedentes contravencionales policiales o penales.
6. Aprobar el examen psicofísico definitivo, inicia completando el Anexo 1 (DECLARACIÓN JURADA DE SALUD).

Documentación a presentar para la inscripción

La documentación deberá ser presentada personalmente en el Edificio Cóndor, Av. Pedro Zanni 250, CABA, Dirección General de Seguridad y Defensa, Oficina 172, Sector verde. 4317-6026.

1. Solicitud de Inscripción (Documento a continuación). Debe incluir:
 - a. Fotocopia (Anverso y reverso) del Documento Nacional de Identidad (DNI), con último domicilio actualizado.
 - b. Fotocopia de la partida de nacimiento.
 - c. Fotocopia del certificado de estudios (último nivel alcanzado). (Diploma NO es válido).
 - d. Constancia de CUIL.
 - e. Anexo 1 Declaración Jurada de Salud.
 - f. Certificado de Antecedentes penales.
 - g. Certificado de Antecedentes contravencionales.

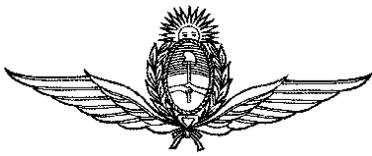
Contacto

Para más información, los interesados en formar parte como Tropa Voluntaria de la Fuerza Aérea Argentina deberán comunicarse:

Mail: incorporasegdef@faa.mil.ar

Teléfono: 4317-6000 / internos 49-129/49-128/160-26. Directo: 4317-6026

Dirección: Edificio Cóndor, Av. Pedro Zanni 250, CABA, Dirección General de Seguridad y Defensa, Oficina 172, Sector verde.



FUERZA AÉREA ARGENTINA
SUBJEFATURA EMGFAA
DIRECCION GENERAL DE
SEGURIDAD Y DEFENSA

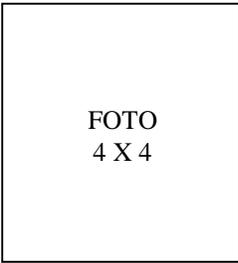


FOTO
4 X 4

NÚMERO DE INSCRIPCIÓN						
_	_	_	/			

DEBERA ADJUNTAR A LA PRESENTE:

- Fotocopia anverso y reverso del DNI.
- Fotocopia Partida de Nacimiento.
- Fotocopia Certificado de Estudio.
- Constancia de CUIL.

En la entrevista personal deberá presentar: NOTA 1

- Anexo 1 Declaración Jurada de Salud.

Al inicio del curso de admisión NOTA 2:

- Certificado de Antecedentes penales.
- Certificado de contravenciones policial local.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

AL DIRECTOR GENERAL DE SEGURIDAD Y DEFENSA

1. Solicito al señor Director General se me inscriba en el examen de ingreso a la Fuerza Aérea, como Postulante al SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO, establecido por Ley N° 24.429.

DATOS PERSONALES

2. Postulante

Apellido..... Nombres:

DNI N°: Gpo. Sang:..... Nacionalidad..... Estado Civil:

Tiene hijos [SI] [NO] Cuantos? M..... F..... Edades:.....Convive con ellos? [SI] [NO]

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

Domicilio Calle: N°: Piso: Dto.

Barrio: Localidad: C.P.: Pcia.

Teléfono Celular: Teléfono Particular:.....Email:.....

3. Estudios cursados

1) Bachiller [] 2) Comercial [] 3) Técnico [] 4) Universitarios []

Orientación:.....

.....

Último curso aprobado:..... Establecimiento:.....

Domicilio Calle: N°:..... Localidad:.....

4. Actividades

4.1 Trabajó [SI] [NO] Marcar lo que corresponda.

Indique nombre de la Empresa/s	Tareas que realizó	Durante cuánto tiempo

4.2 Posee algún oficio o habilidad [SI] [NO] Indique Cual:.....

4.3 ¿Estuvo incorporado anteriormente como Voluntario en las FFAA? [SI] [NO] Marcar lo que corresponda.

Especifique Fuerza:..... Fecha de alta:.....Fecha de baja:

Causa de baja:.....Obligatoria-motivo:

4.4 ¿Pertenebió anteriormente a alguna Fuerza Armada / Fuerza de Seguridad? [SI] [NO] Marcar lo que Corresponda.

4.5 Indique Cual:.....

Posee tatuajes? [SI] [NO] Marcar lo que corresponda.

NOTA 1: REQUISITO INDISPENSABLE PARA INICIAR EL EXAMEN PSICOFISICO DEFINITIVO.

NOTA 2: REQUISITO INDISPENSABLE PARA INICIAR EL CURSO DE INCORPORACION COMO SOLDADO VOLUNTARIO.

4.6 ¿Razón o motivo porque desea ingresar a la Fuerza Aérea Argentina?

Motivos:

4.7 ¿Tiene familiares en la las Fuerzas Armadas?

GRADO	APELLIDO Y NOMBRE	FUERZA	RETIRADO/ACTIVIDAD	DESTINO	TEL:	PARENTESCO

5 Datos de los padres

5.1. Padre: Vive [SI] [NO] Marcar lo que corresponda.

Apellido/s:..... Nombres:.....

DNI N°: Nacionalidad:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio Calle: N°:..... Piso: Dto.

Barrio: Localidad:..... C.P.:.....

Pcia. Tel. Part./cel: Ocupación:

Estado Civil Actual: Casado [] Separado [] Divorciado [] Concubino [] Viudo []

5.2. Madre: Vive [SI] [NO] Marcar lo que no corresponda.

Apellido/s: Nombres:.....

DNI N°: Nacionalidad:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio Calle: N°:..... Piso: Dto.

Barrio: Localidad: C.P.:.....

Pcia. Tel. Part./cel. Ocupación:

Estado Civil Actual: Casada [] Separada [] Divorciada [] Concubina [] Viuda []

6. **Núcleo Familiar:** ¿Cuántas personas conviven con Usted?

7. **AUTORIZACION PARA ANALISIS SEROLOGICO DETERMINACION H.I.V:** Autorizo que se me realice análisis Serológico para determinación de H.I.V.

.....
Firma y aclaración del Postulante

IMPORTANTE

La no presentación de alguno de los documentos solicitados, **CONDICIONARÁ SU INSCRIPCIÓN**

Para rendir el examen de aptitud psicofísica preliminar se **EXIGIRÁ LA PRESENTACIÓN DEL DNI Y ANEXO 1.**

TODOS LOS DATOS ANTERIORMENTE CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD DE INGRESO Y EN EL ANEXO 1, TIENEN CARACTER DE DECLARACION JURADA

Lugar y Fecha:

.....
Firma y aclaración del Postulante

ANEXO 1: DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El presente documento deberá ser completado en oportunidad de realizarse el Examen Médico Preliminar, en forma manuscrita y firmada por el interesado. Sin este requisito no se dará curso al trámite de inscripción como postulante a la incorporación como Soldado Voluntario.

Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del firmante al Curso para Soldado Voluntario normado por la ley 24.429 y reviste carácter de DECLARACION JURADA por lo que todo ocultamiento o falsa información será pasible de la sanción establecida en el Art 293 del Código Penal.

FECHA.....
 APELLIDO Y NOMBRE:.....
 FECHA DE NACIMIENTO:.....
 EDAD: SEXO:.....
 LUGAR DE NACIMIENTO.....NACIONALIDAD:
 ESTADO CIVIL.....DNI.....
 DOMICILIO.....LOCALIDAD.....
 PROVINCIA:..... CODIGO POSTAL:.....
 TEL PARTICULAR:.....TEL CELULAR:.....

Marque con una cruz en el casillero quecorresponda	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones desalud?			
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			
¿Ha sido exceptuado en alguna oportunidad por algún motivo, a su ingreso al Curso de Soldado Voluntario?			
¿Tiene seguro de vida?			Donde:
¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Donde:
¿Fuma? Explicitar cuantos cigarrillos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			
¿Duerme sin inconvenientes? ¿Cuántas horas por día?			
¿Observa alguna dieta en particular? ¿Cuál?			
¿Practica deportes? ¿Cual/cuáles?			
¿Tiene otros pasatiempos? ¿Cuál/cuáles?			

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marcar con una cruz “x”)

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Mareos o desmayos			Enfermedades de la piel			Úlcera gástrica		
Nerviosismo excesivo			Disfunciones de la visión			Problemas en el duodeno		
Convulsiones			Falta de distinción de los colores			Ictericia		
Dolores de cabeza frecuente			Sordera o disminución de la audición			Trastornos digestivos		
Pesadillas			Supuración de los oídos			Acides		
Insomnio o falta de sueño			Vértigos o mareos			Glucosa o albumina en orina		
Perdida de la memoria			Resfriados frecuentes			Hernias		
Neuritis o neuralgia			Dentadura en mal estado			Hemorroides		
Reumatismo			Amigdalitis			Fracturas o luxaciones		
Poliomielitis			Tos crónica			Articulaciones dolorosa o hinchadas		
Brucelosis			Sinusitis			Dificultad o sangrado al orinar		
Depresión			Sangre en el esputo			Pie plano		
Paludismo			Sudores nocturnos			Dolores en los pies		
Fiebre reumática			Pérdida de peso reciente			Dolores en las rodillas		
Enfermedades venéreas			Trastornos en la voz			Dolores de espalda		
Tuberculosis			Dolores de pecho			Dolores de cintura o ciática		
Anemia			Falta de aire			Dolores en el hombro		
Cáncer o tumores			Palpitaciones del corazón			Varices		
Enfermedades cardíacas			Problemas de presión sanguínea			Desviaciones de columna		
Urticaria			Sífilis			Enfermedades nerviosas		
Asma			Alergias			Se psicoanaliza?		
Sufrió asma de chico			Bronquitis			Enfermedades genito urinarias		
Pleuresía			Diabetes			Neumotórax		
Disrritmia			Cálculos en riñones o vesícula			Epilepsias		
Enfermedad de chagas			Recibió transfusiones de sangre anteriormente			Hemorragias		
Traumatismo de cráneo			Toma medicamentos			Cuales:		

OPERACIONES

Afecciones	SI	NO	Año-Observaciones
Amígdalas			
Apendicitis			
Hernia			
Hemorroides			
Otras			

COMPLETAR EL PERSONAL FEMENINO

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Dolores menstruales			Trastornos menstruales			Ausencia de menstruación		
Abortos terapéuticos o espontáneos			Enfermedades mamarias			Intervenciones quirúrgicas en ovarios		
Intervenciones quirúrgicas de útero			Intervenciones quirúrgicas en mamas			Menstruación fuera de ciclo		
Fecha última menstruación								
Fecha último control ginecológico								
Otras intervenciones en el aparato genital								

TATUAJES (ambos sexos)

Los tatuajes serán evaluados en el contexto de examen de aptitud psicológica dado que en algunos individuos pueden constituir signos patológicos y/o representar trastornos de la personalidad.

Los postulantes **no deberán exhibir tatuajes**, prescindiendo del lugar del cuerpo donde se encuentren, que sean obscenos, ofensivos, indecentes o aquellos que resulten incompatibles con el correcto y decoroso uso del uniforme por ser pernicioso para el orden y la disciplina de la Fuerza.

Cuantos tatuajes tiene?:	
--------------------------	--

Donde tiene los tatuajes? Especificar	1	
	2	
	3	
	4	

HABITOS TOXICOS:

¿Consumió o consume drogas? SI - NO

En caso afirmativo, detalle el nombre y grado de consumo de la misma, y todo otro dato de interés:.....

.....

Si fue droga dependiente, ¿Fue asistido en algún centro de rehabilitación? SI - NO

En caso afirmativo, detalle el nombre del centro, y todo otro dato de interés:.....

ANTECEDENTES PENALES Y/O POLICIALES

Tiene antecedentes: SI - NO

En caso afirmativo, detalle el nombre y tipo de la causa, y todo otro dato de interés:.....

Tiene antecedentes familiares con esta causa: SI - NO

En caso afirmativo, detalle el grado de parentesco, y todo otro dato de interés.....

.....

HISTORIA FAMILIAR

Completar con una cruz “X”, en el caso que alguno de los familiares haya padecido una de las afecciones/enfermedades descriptas, o si ha fallecido a causa de ellas, consignando la edad

Enfermedad	PARENTES CO							Fallecidos	
	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Esposo/a	Abuelo	Abuela	¿Quién?	Edad
Artritis									
Reumatismo									
Asma bronquial									
Cáncer									
Diabetes									
Afecciones cardiacas									
Hipertensión									
Enfermedades urinarias									
Úlcera de estomago									
Úlcera de duodeno									

Tuberculosis									
Enfermedades mentales									

Declaro bajo juramento que todas mis respuestas son verdaderas, y faculto a la autoridad militar correspondiente, a requerir cualquier otro dato que sea de interés a los trámites necesarios, al respecto.

Doy mi expresa conformidad para que se realicen los estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que la autoridad sanitaria militar requieran, necesarias para la determinación de aptitud.

Presto mi libre consentimiento, para que se me realicen las pruebas que permitan investigar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos establecidos por el Decreto Nro. 906/95, Artículo 1° (“Las Fuerzas Armadas de Seguridad adoptaran las medidas que sean más convenientes para la realización de las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV, tanto en lo que respecta a interesados a ingresar a las mismas como al personal de sus cuadros permanentes plantas básicas de su personal civil”).

En virtud de tener que cumplir las exigencias de PRUEBAS FISICAS, autorizo a realizar en mi persona las pruebas de detección de embarazo, a fin de preservar mi estado de salud y del eventual ser en gestación. Asimismo declaro que a la fecha **SI / NO** estoy embarazada, e informare al momento de mi presentación al curso de admisión si ha variado mi estado.

Asimismo, presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique y cumpla con las exigencias establecidas en el calendario nacional de vacunación, como así también con otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

Apellido/s y Nombre/s:

Lugar y fecha:

Firma del postulante

