



Dirección Nacional de Sanidad
de las Fuerzas Armadas

DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
DIVISIÓN PERSONAL

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (ASPIRANTE A INGRESO)

DATOS PERSONALES

Especialidad a la que se postula:	
Nombre:	
Apellidos	
Documento de Identidad	
Fecha Nacimiento	
Ciudadanía	
Ocupa cargo público actualmente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Institución <input type="text"/>

DATOS de CONTACTO

Teléfono particular	
Celular	
Departamento	
Ciudad/Localidad	
Domicilio	
Correo electrónico	

NIVEL DE EDUCACION

Nivel	Institución	Ultimo año aprobado	Título	Año de Egreso
Primaria			-----	
Secundaria				
Técnico				
Universitario				

FORMACIÓN INFORMÁTICA

Título	Institución	Ultimo año aprobado	Año de Egreso

EXPERIENCIA LABORAL – INDICAR LAS TRES MÁS RECIENTES

Lugar	Cargo	Período	Tareas realizadas

En el caso de que el postulante posea al momento del ingreso otro cargo público (docente o personal salud) deberá realizar acumulación de cargos públicos ante esta Dirección Nacional.

Para proceder a la acumulación de sueldos de cargos docentes o de personal de la salud, el interesado deberá presentar al organismo ante el cual pretende acumular, una declaración jurada de cargos y horarios. Con la misma, deberá acompañar certificados de las reparticiones donde presta funciones, en los que se establezca que la acumulación no perjudica al servicio. Comprobado por la oficina ante lo cual se gestiona la acumulación de sueldos, que el interesado no supera ni superpone los toques de horarios vigentes, el jerarca respectivo autorizará la acumulación solicitada, enviando comunicaciones a las reparticiones correspondientes. (Fuente: Ley 14985 de fecha 2/12/1979, normas concordantes y Decretos reglamentarios correspondientes.)

Acorde a lo expresado en el Reglamento del Examen de Reconocimiento Médico para ingreso del Personal Subalterno o Combatiente de los SS.GG., según Decreto N° 263/999 de fecha 24/08/99, inserto en el Boletín del Ministerio de Defensa Nacional N° 10.032. Si realizado los exámenes médicos correspondientes por el Servicio de Medicina Laboral de las FF.AA. se constata alguna PATOLOGÍA que conste en dicho REGLAMENTO el POSTULANTE será declarado NO APTO.-

NOTA:

Es total responsabilidad del o la firmante la veracidad de los datos del presente formulario, así como también la actualización de los mismos.

Acepto

Fecha:

Firma:

Contrafirma: