



FUERZA AÉREA ARGENTINA

ESCUELA DE AVIACIÓN MILITAR



CUADERNILLO DE INGRESO

**ANEXOS
PARA EL INGRESO
– AÑO 2025 –**

ANEXOS

ÍNDICE

1. **ANEXO 1** - SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
2. **ANEXO 2** - COMPROMISO
3. **ANEXO 3** - AUTORIZACIÓN MENORES DE EDAD
4. **ANEXO 4** - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD
5. **ANEXO 6** - AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA PARA MENORES DE EDAD
6. **ANEXO 7** - EXCEPCIÓN DEL EXAMEN INTELECTUAL
7. **ANEXO 8** - DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MILITARES

2025

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fotografía color 4x4 cm.
fondo celeste de frente sin
cubrecabeza

Personal Masculino
Saco y corbata

Personal Femenino Cabello
recogido

LUGAR Y FECHA:

(Completar)

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA DE AVIACIÓN MILITAR

1. El/la que suscribe (Apellido y Nombre del/la Candidato/a) solicita a Usted quiera disponer se lo/la incluya en la lista de Candidatos/as para el ingreso a este Instituto, como Cadete del Escalafón (tachar los dos escalafones que NO correspondan) AIRE – GENERAL – TÉCNICO o, en segunda instancia del Escalafón AIRE – GENERAL – TÉCNICO, para lo cual cuenta con el consentimiento de sus padres, que firman conjuntamente al pie.

2. Los que suscriben (Apellido y Nombre de los Padres o Tutor/a) (1) y en su carácter de Padre y Madre (o Tutor/a) del/la solicitante precedente, declaran que los datos consignados en la presente solicitud son fidedignos, que prestan consentimiento para su ingreso a la Escuela de Aviación Militar, que conocen en su totalidad y aceptan las condiciones descriptas en el Cuadernillo de Ingreso 2025 y que autorizan a su hijo/a – pupilo/a a someterse a las exigencias de la vida militar durante el período de adaptación del Examen de Ingreso. Asimismo lo autorizan a solicitar la baja voluntaria en cualquier momento del período de Incorporación y retirarse del Instituto por sus propios medios

Firmas:

.....
Firma del/la solicitante

.....
Padre (2)

.....
Madre (2)

.....
Tutor/a o Apoderado/a (2)

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades (3).

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN NO JUZGA EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.

Lugar y fecha:

Firma y Sello:
Sello de la Dependencia

Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público

(1) Si el/la Candidato/a fuera mayor de 18 años queda exceptuado/a de la autorización de los padres.

(2) La firma de la solicitud debe ser hecha por el padre y la madre. En caso de ausencia de uno de ellos o padres separados, deberá adjuntar un testimonio o poder especial del Juez; lo mismo para el caso que firme el tutor/a.

(3) Las firmas del/la solicitante y padres o tutor/a deben ser Autenticadas por Autoridad Judicial o Policial, con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.

NO SE DARÁ CURSO A LA SOLICITUD DE INGRESO SI FALTAN LAS FIRMAS O NO ESTÁN DEBIDAMENTE CERTIFICADAS.

I. CANDIDATO/A**Datos Personales**

Apellido/s:	Nombre/s:
Tipo y N° de Documento:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año
CUIL:	Edad al 01 de Marzo de 2025:
Estado Civil:	____ Años ____ Meses ____ Días
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Tiene Hijos a cargo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento (localidad, provincia):	Nacionalidad:
¿Tiene Obra Social/Prepaga?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?:	

Domicilio: Calle		Nro:	Piso:
Dpto:	Bloque:	Barrio:	CP (4):
Localidad:		Provincia:	
Telefono fijo: Código de Area Nro de telefono		Celular: Código de Área Nro. de Celular	
E-mail con que se registró en el inscripción online:			
Indicar a quien enviar la Correspondencia Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> En mano (Mayor de edad) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		Estudios Cursados: <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Liceísta Aeronáutico <input type="checkbox"/> Perito Mercantil <input type="checkbox"/> Liceísta Militar <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Liceísta Naval <input type="checkbox"/> Polimodal	
Datos del Colegio donde Cursó: Título y especialidad adquirida: Nombre del Instituto: Domicilio (calle, N°, localidad, Código Postal, Barrio y provincia, teléfono):			

II. PADRE

(Tachar lo que no corresponda)

Apellido y Nombre(s) (5):
¿Vive?: SI - NO Estado Civil (6): Edad: años
Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:/...../.....
Nacionalidad: DNI - MI - LC N°:
Domicilio: Calle N°: Piso: Departamento:
Barrio: Localidad:
Provincia: Código Postal (4):
Teléfono: Código de Área: Ingresos mensuales (en pesos):
Profesión u ocupación (*):

III. MADRE

(Tachar lo que no corresponda)

Apellido y Nombre(s) (5):
¿Vive?: SI - NO Estado Civil (6): Edad: años
Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:/...../.....
Nacionalidad: DNI - MI - LC N°:
Domicilio: Calle N°: Piso: Departamento:
Barrio: Localidad:
Provincia: Código Postal (4):
Teléfono: Código de Área: Ingresos mensuales (en pesos):
Profesión u ocupación (*):

IV. TUTOR/A LEGAL

(Tachar lo que no corresponda)

Apellido y Nombre(s) (7):
¿Vive?: SI - NO Estado Civil (6): Edad: años.
Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:/...../.....
Nacionalidad: DNI - MI - LC N°:
Domicilio: Calle N°: Piso: Departamento:
Barrio: Localidad:
Provincia: Código Postal (4):
Teléfono: Código de Área: Ingresos mensuales (en pesos):
Profesión u ocupación (*):

(*) Si es profesional: Título - Domicilio.
Si es comerciante: Ramo - Domicilio Comercial.

Si es militar: Grado - Situación de Revista - Cargo - Destino-Tel.
Si es empleado: Lugar - Cargo - Antigüedad - Domicilio-Tel.

(4) Según como figura en el Correo Argentino.

(5) Estos datos no deben omitirse ni aún en caso de fallecimiento, completando todos los rubros posibles referentes al padre y a la madre.

(6) Deberá consignarse si es casado/a, viudo/a, separado/a de hecho, divorciado/a, casado/a en segundas nupcias, etc.

(7) Únicamente para los/as Candidatos/as huérfanos/as de padre y madre o aquellos casos en que se haya otorgado judicialmente la Potestad.

V. HERMANOS/AS

Nombre(s) y Apellido	Domicilio	Ocupación	Lugar y fecha de nacimiento	D.N.I. Nro.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1) *Si tiene parientes en las Fuerzas Armadas:* Mencionar nombre, grado u ocupación, y dependencia en la que presta servicio.

.....

.....

.....

2) *Si tiene familiares en el extranjero:* Indicar país, actividad y fecha de residencia.

.....

.....

.....

3) TODO OTRO DATO QUE CONSIDERE DE INTERÉS:

.....

.....

.....

DATOS ANEXOS

¿Tiene Hijos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cuántos Varones?
¿Cuántas Mujeres?
¿Vive con ellos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Qué edades tienen?:

2- ¿Realizó el servicio militar Voluntario? (Marcar con una cruz el que corresponda)

Sí		¿En qué Unidad?:
No		

3- Datos de Estudios

Indicar el máximo nivel de estudios finalizados y cursados (Indicar con una cruz sólo el máximo):

	Máximo nivel finalizado	Máximo nivel cursado
Sin instrucción		
Primaria incompleta		
Primaria completa		
Secundaria incompleta		
Secundaria completa		
Terciario incompleto		
Terciario completo		
Universitario incompleto		
Universitario completo		
Otros:		

4- Complete la siguiente información sobre el máximo nivel de estudios finalizados:

Título Alcanzado:	
Nombre de la Institución educativa:	
País:	Provincia:
Localidad:	Dirección:

5 - En caso de tener estudios cursados en el nivel Terciario o Universitario complete la siguiente información:

Carrera que ha cursado:	
Institución Educativa en donde realiza los estudios:	
Último año cursado:	

Cantidad de Materias Aprobadas:	
---------------------------------	--

6- Nivel de Idioma: (Marque con una cruz la/as opción/es que corresponda/n)

	Consigne cuál	Habla	Lee	Escribe
Idioma:				

7- Situación Ocupacional

Indique su situación ocupacional actual (Marcar con una cruz lo que corresponda):

Inactivo (No trabaja ni busca trabajo)	Pensionado	
	Ama de Casa	
	Estudiante	
	Rentista	
Desocupado (No trabaja pero busca trabajo)		
Ocupado (Que actualmente trabaja)	Patrón/Dueño/Empleador	
	Empleado	
	Trabajador por cuenta propia	
	Trabajador familiar sin remuneración	

8- Si su situación ocupacional actual se encuentra dentro de los **ocupados**, especifique cuál es su ocupación actual:

Ocupación actual:	
-------------------	--

9- ¿Más allá de su situación ocupacional, Ud. posee algún oficio?

Sí		Indique cuál:
No		

10- Antecedentes en Fuerzas Armadas o de Seguridad:

¿Se postuló o incorporó anteriormente como alumno/a en algún Instituto de Formación o como personal militar o civil en las Fuerzas Armadas (Armada, Ejército o Fuerza Aérea) o de Seguridad (Policía Federal, Policía de Provincia, Gendarmería Nacional, Policía de Seguridad Aeroportuaria o Prefectura Naval)?

Sí		Continúe en pregunta 11
No		Continúe en pregunta 19

11- Indique el tipo de Institución a la cual se postuló o incorporó:

En Institutos de Formación de las Fuerzas Armadas o de Seguridad	¿Se postuló?		Continúe en pregunta 12
	¿Se incorporó?		
Estuvo incorporado como personal militar de las Fuerzas Armadas			Continúe en pregunta 14
Estuvo incorporado como personal dentro de las Fuerzas de Seguridad			Continúe en pregunta 16

12- Por cada vez que se **postuló** o **incorporó** en un Instituto de Formación llene un renglón especificando:

	Fuerza:	Institución:	Año de Ingreso	Período de permanencia:	En carácter de:
1ra. Vez					
2da. Vez					

3ra. Vez					
----------	--	--	--	--	--

13- ¿Podría especificar el motivo de la baja o abandono en cada una de las oportunidades?

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.</p>

14- Por cada vez que se **incorporó** como Personal Militar en las Fuerzas Armadas, llene un renglón especificando:

	Fuerza:	Año de Ingreso	Período de permanencia:	En carácter de:
1ra. Vez				
2da. Vez				
3ra. Vez				
4ta. Vez				

15- ¿Podría especificar el motivo de la baja o abandono en cada uno de las oportunidades?

<p>.....</p> <p>.....</p>

16- Por cada vez que se **incorporó** como personal en las Fuerzas de Seguridad, llene un renglón especificando:

	Fuerza:	Año de Ingreso	Período de permanencia:	En carácter de:
1ra. Vez				
2da. Vez				
3ra. Vez				
4ta. Vez				

17- ¿Podría especificar el motivo de la baja o abandono en cada uno de las oportunidades?

<p>.....</p> <p>.....</p>

18- ¿Actualmente presta servicios para las Fuerzas Armadas?

Sí	Indicar Fuerza:	<input type="radio"/> EA <input type="radio"/> ARA <input type="radio"/> FAA
	Grado:	<input type="radio"/> Oficial <input type="radio"/> Suboficial <input type="radio"/> Personal Civil
	Destino, Cargo:	
	Dirección:	
	Teléfono:	
No		

Datos de Estudios de familiares:

19- Máximo nivel de estudios alcanzados (indique con una cruz **sólo el máximo**)

	Padre	Madre	Tutor/a o Apoderado/a
Sin instrucción			
Primaria incompleta			
Primaria completa			
Secundaria incompleta			
Secundaria completa			
Terciario incompleto			
Terciario completo			
Universitario incompleto			
Universitario completo			
Otros:			
Indique el máximo título alcanzado:			

Situación Ocupacional:

20- Indique la situación ocupacional actual de sus padres. (Marcar con una cruz el/los que corresponda/n)

		Padre	Madre	Tutor/a o Apoderado/a
Inactivo/a (No trabaja ni busca trabajo)	Jubilado/a/Pensionado/a			
	Ama de Casa			
	Estudiante			
	Rentista			
	Discapacitado/a			
Desocupado/a (No trabaja pero busca trabajo)				
Ocupado (El/la que actualmente trabaja).	Patrón/Dueño/Empleador			
	Empleado			
	Trabajador por cuenta propia			
	Trabajador familiar sin remuneración			

21- Especifique ocupación/es actual/es de sus padres:

	Padre	Madre	Tutor/a o Apoderado/a
Ocupación/es actual/es:			
Ingreso mensual aproximado (en pesos):			

22- Más allá de la situación ocupacional, ¿Sus padres poseen algún oficio?

Padre:

Sí		Indique cuál:
No		

Madre

Sí		Indique cuál:
No		

Tutor/a o Apoderado/a

Sí		Indique cuál:
No		

23- Indicar si alguno de sus padres es o fue personal de las Fuerzas Armadas o Fuerzas de Seguridad.

	Padre	Madre	Tutor/a o Apoderado/a	
Sí				Continúe en pregunta 24
No				Continúe en pregunta 28

24- ¿En cuál de éstas?:

	Padre	Madre	Tutor/a	
Fuerzas Armadas (Personal Militar)				Continúe en pregunta 25
Fuerzas Armadas (Personal Civil)				Continúe en pregunta 26
Fuerzas de Seguridad/ Policiales				Continúe en pregunta 27

25- Si es o fue personal militar de las Fuerzas Armadas

	Padre	Madre	Tutor/a o Apoderado/a
Indicar Fuerza:	<input type="radio"/> EA <input type="radio"/> ARA <input type="radio"/> FAA	<input type="radio"/> EA <input type="radio"/> ARA <input type="radio"/> FAA	<input type="radio"/> EA <input type="radio"/> ARA <input type="radio"/> FAA
Grado	<input type="radio"/> Oficial <input type="radio"/> Suboficial	<input type="radio"/> Oficial <input type="radio"/> Suboficial	<input type="radio"/> Oficial <input type="radio"/> Suboficial
Arma, Servicio o Especialidad			
Situación de revista actual:	<input type="radio"/> Activo <input type="radio"/> Retirado	<input type="radio"/> Activo <input type="radio"/> Retirado	<input type="radio"/> Activo <input type="radio"/> Retirado
Destino, Cargo			

26- Si es o fue empleado/a civil de las Fuerzas Armadas

	Padre	Madre	Tutor/a o Apoderado/a
Indicar Fuerza:			
Organismo en que presta/o servicio:			
Categoría			
Puesto que desempeña			

27- Si es o fue empleado/a de las Fuerzas de Seguridad/Policias

	Padre	Madre	Tutor/a o Apoderado/a
Indicar Fuerza			
Dependencia			
Agrupamiento/ Especialidad/cargo			

Datos de los/as Hermanos/as y de los Convivientes

28- ¿Con cuántas personas convive incluyéndose a Ud.? (completar con letras y números).....

Llene un cuadro por cada uno de los miembros de su hogar. Debe asentar **primero** los datos de los/as hermanos/as, **vivan o no con Ud.**

Vínculo: (Hermano/a, Primo/a, Tío/a, Abuelo/a, Padrastro, Amigo/a, Familiar, Pareja/Cónyuge, etc.)	
Apellido/s:	
Nombres/s:	
D.N.I.:	
Lugar de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
¿Vive?	
¿Convive con Ud.?	
Máximo estudio alcanzado:	
Ocupación:	
Domicilio:	

Vínculo: (Hermano/a, Primo/a, Tío/a, Abuelo/a, Padrastro, Amigo/a, Familiar, Pareja/Cónyuge, etc.)	
Apellido/s:	
Nombres/s:	
D.N.I. :	
Lugar de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
¿Vive?	
¿Convive con Ud.?	
Máximo estudio alcanzado:	
Ocupación:	
Domicilio:	

Vínculo: (Hermano/a, Primo/a, Tío/a, Abuelo/a, Padrastro, Amigo/a, Familiar, Pareja/Cónyuge, etc.)	
Apellido/s:	
Nombres/s:	
D.N.I.:	
Lugar de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
¿Vive?	
¿Convive con Ud.?	
Máximo estudio alcanzado:	
Ocupación:	
Domicilio:	

En caso de necesitar más cuadros para datos de miembros de su hogar, imprima nuevamente esta página.

Vínculo: (Hermano/a, Primo/a, Tío/a, Abuelo/a, Padrastro, Amigo/a, Familiar, Pareja/Cónyuge, etc.)	
Apellido/s:	
Nombres/s:	
D.N.I.:	
Lugar de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
¿Vive?	
¿Convive con Ud.?	
Máximo estudio alcanzado:	
Ocupación:	
Domicilio:	

COMPROMISO

(Si el/la candidata/a fuese mayor de edad, queda exceptuado/a de la firma de los padres, y debe firmar por sí mismo/a)

Los que abajo suscriben, en carácter de padre/madre/tutor/a del/la candidata/a.....
(Apellido y nombre del/la Candidato/a)

manifiestan con carácter de declaración jurada que, en caso de que el/la Candidato/a sea incorporado/a como Cadete, asumen el siguiente compromiso:

1. Efectivizar la devolución de todos los elementos provistos por la Escuela de Aviación Militar en oportunidad de su incorporación, como así también a abonar en forma solidaria los importes que correspondiere, de conformidad con lo que determina la Reglamentación de este Instituto, por los elementos extraviados o deteriorados, total o parcialmente.
2. Autorizar al/a la mencionado/a Cadete a realizar todo tipo de actividad relacionada con su formación profesional, de acuerdo con lo previsto en los Planes de Estudios de la Escuela de Aviación Militar, como asimismo las actividades que determine complementariamente la Dirección de dicho Instituto (actividad de vuelo en aviones y planeadores, paracaidismo, práctica de deportes, tiro, educación física, adiestramiento físico militar, manipuleo y activación de explosivos, ejercicios de supervivencia, etc.).
3. Autorizar al/a la citado/a Cadete a retirarse del Instituto como así también a realizar los viajes de ida y regreso al mismo, en las oportunidades de sus francos, licencias y salidas concedidas, sin mediar aviso y pudiendo hacerlo sin acompañante; liberando a la Escuela de Aviación por daños corporales o extravío de persona, salvo que el/la Cadete viajare en medios de Fuerza Aérea.
4. Autorizar al/a la Cadete a solicitar la baja y retirarse del Instituto por sus propios medios en cualquier momento que él/la mismo, por voluntad propia, así lo solicite.

PADRE:DNI N°

MADRE:DNI N°

TUTOR/A:DNI N°

CANDIDATO/A (si es mayor de edad):DNI N°

Firmas:

.....
Padre Madre Tutor/a Candidato/a
(Si es mayor de edad)

CERTIFICO que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas anteriormente, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades.

La presente Certificación NO juzga el contenido del documento.

Lugar y Fecha:

Sello y Firma:
(Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público)

Sello de la Dependencia

AUTORIZACIÓN

(EL PRESENTE ANEXO ES SÓLO PARA MENORES DE EDAD)

AUTORIZO a mi hijo/a DNI
a retirarse del Instituto en caso de ser necesario, por motivos de fuerza mayor, tomando conocimiento
que los gastos correrán por cuenta personal.

La Escuela de Aviación Militar no se hará responsable del alojamiento y racionamiento durante su
salida del Instituto, ni de las situaciones personales que pudieran ocurrir durante la misma.

Padre..... DNI N°

Madre..... DNI N°

Tutor/a..... DNI N°

Firmas:
Padre Madre Tutor/a

CERTIFICADO que las firmas que anteceden son auténticas, que han sido puestas en mi presencia
y que pertenecen a las personas nombradas anteriormente, habiéndose verificado sus afiliaciones e
identidades.

La presente certificación NO juzga el contenido del documento.

Lugar y fecha:

Firma y sello:
(Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público)

Sello de la Dependencia

CONFIDENCIAL

“SECRETO MÉDICO”
(RAG-6 – 2013 – Párrafo 345 Inciso 12º)

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El presente documento deberá ser completado y entregado en oportunidad de realizarse el examen médico definitivo, en forma manuscrita, firmado y aclarado por el/la interesado/a, en sobre cerrado.

Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del/la firmante y reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que todo ocultamiento o falsa información será encuadrado dentro de lo establecido en el Art. 293 del Código Penal.

DATOS PERSONALES:

FECHA:		
APELLIDO Y NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
EDAD:	PESO:	TALLA:
LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	
DNI:		
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO PARTICULAR:	TELÉFONO CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:		

FUNDAMENTOS

La presente Declaración Jurada es complementaria al examen médico de ingreso, que tiene como propósito asegurar que el/la Candidato/a reúna las condiciones psicofísicas que requerirá como Cadete, sirviendo para evitarle tareas que pudiesen causarle perjuicios para su salud y no sean acordes con su aptitud.

En aquellos casos en que se requiera de cirugía para corregir una patología, deberá asegurarse que, al momento de la presentación al examen médico de selección, haya sido dado/a de alta médica y no presente impedimentos para el desarrollo de todas las actividades de la vida militar, debiendo estar documentado por certificación del/la médico/a tratante.

Marque con una cruz en el casillero que corresponda	SÍ	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			
¿Toma algún tipo de medicación? ¿Cuál/es? Indique el motivo.			
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			
¿Tiene seguro de vida?			Dónde:

¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Dónde:
¿Fuma? Explicitar cuántos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			
¿Consumió o consume algún tipo de droga? En caso afirmativo, detalle el nombre, grado de consumo de la misma, si asistió a un Centro de Rehabilitación y todo otro dato de interés.			
¿Tiene alteraciones del sueño? ¿Cuántas horas duerme por día?			
¿Realiza alguna dieta en particular? ¿Cuál? Indique la causa por la que realiza dicha dieta.			
¿Practica deportes? ¿Cuál/cuáles?			
¿Intentó ingresar o estuvo incorporado en las FF.AA o FF.SS? Describa cuál y causa de baja.			

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marcar con una cruz "X")

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
1 – Nerviosismo o Angustia frecuente			35 – Dolor de pecho			70 – Sangre en orina		
2 – Cambios repentinos de humor			36 – Falta de aire			71 – Disminución y aumentos de peso frecuentes		
3 – Crisis de pánico			37 – Alteraciones de la voz			72 – Acidez / Gastritis – realizó tratamiento?		
4 – Insomnio / falta de sueño			38 – Disfonía			73 – Úlcera Gástrica		
5 – Pesadillas			39 – Amigdalitis a repetición			74 – Vómito de sangre		
6 – Anorexia / Bulimia			40 – Sinusitis ¿Recibió tratamiento?			75 – Sangre en materia fecal		
7 – Depresión			41 – Rinitis alérgica			76 – Diarreas frecuentes		
8 – Mareos o Desmayos			42 – Resfríos a repetición			77 – Ictericia		
9 – Pérdida de Memoria			43 – Supuración de Oídos			78 – Enfermedades duodenales		
10 – Períodos de Ausencia			44 – Sordera o disminución de la audición			79 – Colon irritable		
11 – Dolores de cabeza / cefaleas frecuentes			45 – Vértigos o mareos			80 – Cálculos vesicales		
12 – Convulsiones			46 – Zumbidos de oídos			81 - Hernias		

13 – Neuritis o Neuralgias			47 – Dentadura en mal estado			82 – Cambios en el hábito intestinal		
14 – Traumatismo de cráneo / pérdida de conocimiento			48 – Trastornos alimenticios			83 – Intolerancia alimenticia		
15 – Herpes Zoster			49 – Dificultad al tragar			84 – Hemorroides		
16 – Diabetes			50 – Cansancio no acorde al esfuerzo			85 – Esguinces frecuentes		
17 – Hepatitis			51 – Hinchazón de pies y piernas			86 – Pie plano		
18 – Meningitis			52 - Palpitaciones			87 – Lesiones ligamentarias		
19 – Parotiditis (paperas)			53 - Várices			88 – Dolores de rodilla frecuentes		
20 – Poliomiелitis			54 – Tos frecuentes			89 – Dolores de espalda frecuentes		
21 – Enfermedades de transmisión sexual			55 – Expectoración frecuentes			90 – Dolores en cintura o ciática		
22 – Blenorragia			56 – Sangre en esputo			91 – Desviaciones de columna		
23 – Dengue			57 – Sudores nocturnos			92 – Articulaciones dolorosas o hinchadas		
24 – Fiebre reumática			58 – Pérdida de peso reciente			93 – Sufrió accidente de tránsito		
25 – Varicela			59 – Asma			94 – Fracturas		
26 – Brucelosis			60 - Tuvo Asma en la infancia			95 – Luxaciones		
27 – Tuberculosis			61 – Neumotórax			96 – Anemia		
28 – Enfermedades de Chagas			62 – Neumonía			97 – Cáncer o tumores		
29 – Cólera			63 – Pleuresía			98 – Alteraciones en la pigmentación de la piel		
30 – Toxoplasmosis			64 – Bronquitis a repetición			99 – Se realizó transfusiones sanguíneas: Por qué?		
31 – Sarampión			65 – Infecciones urinarias a repetición			100 – Enfermedades alérgicas: Cuáles?		
32 – Enfermedades Cardíacas			66 – Varicocele o Hidrocele			101 – Enfermedades de la piel: Cuáles?		
33 – Elevación de la presión sanguínea			67 – Dificultad para orinar			102 – Alteración de la visión		
34 – Arritmias			68 – Cólico renal / Cálculos renales			103 – Enfermedad de Tiroides		
			69 – Glucosa o albúmina en orina					

En caso de respuesta afirmativa, detallar minuciosamente la enfermedad a la que se refiere, incluir fechas, diagnósticos y tratamientos recibidos.

Es alérgico a algún medicamento, especifique.

Estuvo bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, especifique:

Estuvo bajo tratamiento por enfermedades de la sangre, especifique:

OPERACIONES:

Afecciones	SÍ	NO	Año – Observaciones
Amígdalas			
Apendicitis			
Hernia			
Hemorroides			
Varicocele			
Cirugía traumatológica			
Cirugía endoscópica			
Cirugía oftalmológica			
Otros			

Antecedentes Hereditarios: marque lo que corresponda			
DIABETES:	SI	NO	Desconoce
HIPERTENSION ARTERIAL:	SI	NO	Desconoce
HIPERURICEMIA/GOTA:	SI	NO	Desconoce
ENF. PULMONARES	SI	NO	Desconoce
ENF. CARDIOVASCULARES	SI	NO	Desconoce
ENF. VASCULAR PERIFÉRICO	SI	NO	Desconoce
ENF. DIGESTIVAS	SI	NO	Desconoce
ENF. ENDOCRINAS	SI	NO	Desconoce
ENF. RENAL	SI	NO	Desconoce
OBESIDAD	SI	NO	Desconoce
DISLIPEMIAS	SI	NO	Desconoce
CELÍACAS	SI	NO	Desconoce
OTRAS ENFERMEDADES	SI	NO	Desconoce

En caso de ser afirmativo especificar grado de parentesco:

SÓLO PARA PERSONAL FEMENINO:

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

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.

Por este acto tomo conocimiento que en los análisis que se me han de realizar están incluidos los de detección de drogas de abuso: Opiáceos, Morfina, Cocaína, Marihuana y Anfetaminas, dando mi expresa conformidad para que se realicen los estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que las autoridades sanitarias militares requieran, necesarias para la determinación de aptitud.

Presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique que el carnet de inmunizaciones que debo presentar como uno de los requisitos indispensables y obligatorios al momento de la inscripción, se encuentre completo y actualizado de acuerdo a las exigencias establecidas en el Calendario Nacional de Vacunación, como así también autorizo a que se me administren otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

Firmas:

.....
 Firma del/la solicitante (1) Padre (2) Madre (2) Tutor/a o Apoderado/a (2)

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades (3).

La presente certificación no juzga el contenido del documento.

Lugar y fecha:

Firma y Sello:

Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público

(1) Si el/la candidata/a fuera mayor de 18 años queda exceptuado de la autorización de los padres.

(2) Las firmas del/la solicitante y padres o tutor/a deben ser Autenticadas por Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público (en este último caso legalizado ante el Colegio de Escribanos) con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.

ANEXO AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA A MENORES DE EDAD

(EL PRESENTE ANEXO ES SÓLO PARA MENORES DE EDAD)

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA DE AVIACIÓN MILITAR

1. Los/as que suscriben en su carácter de padre – madre – tutor/a del postulante, autorizan con carácter de declaración jurada, en caso de una urgencia médica de su hijo, a ser trasladado desde el Instituto al Centro de Asistencia Médica más cercano.

Padre..... DNI N°

Madre..... DNI N°

Tutor/a..... DNI N°

Firmas:
Padre Madre Tutor/a

CERTIFICADO que las firmas que anteceden son auténticas, que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas anteriormente, habiéndose verificado sus afiliaciones e identidades.

La presente certificación NO juzga el contenido del documento.

Lugar y fecha:

Firma y sello:
(Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público)

Sello de la Dependencia

EXCEPCIÓN DEL EXAMEN INTELECTUAL (SOLO PARA ESCALAFON TÉCNICO)

Los/as que suscriben DNI:;
(Apellidos y nombres del/la Candidato/a)

..... DNI:;
(Apellidos y nombres del padre/madre/tutor/a)

..... DNI:
(Apellidos y nombres del padre/madre/tutor/a)

en carácter de Candidato/a para el ingreso como Cadete a la Escuela de Aviación Militar y madre, padre o tutor/a del/la mencionado/a, manifiestan tomar enterado de lo siguiente:

1. Que mediante Disposición N° DI-2023-56-APN-DGE#FAA del 27 de septiembre de 2023, el Director General de Educación de la Fuerza Aérea Argentina autoriza a que aquellos/as estudiantes egresados/as de Instituciones de Educación Técnica Profesional de Nivel Medio con las especialidades afines de Tecnicatura en: Electrónica, Aeronáutica y Aviónica **NO RINDAN el Examen Intelectual para el ingreso a la Escuela de Aviación Militar de manera exclusiva solo en caso de que opten por el Escalafón Técnico, sin posibilidad de cambiar de escalafón** (aire o general) para continuar su formación posterior a su egreso como Ingeniero/a debiendo completar y aprobar las subsiguientes etapas del proceso de incorporación (Examen Definitivo).
2. Que aquellos/as candidatos/as que deseen hacer uso de la mencionada autorización, deberán acreditar la especialidad obtenida en la Escuela Secundaria mediante constancia de estudios secundarios o título analítico.

Firmas:

.....
Firma del/la solicitante

.....
Padre (2)

.....
Madre (2)

.....
Tutor/a o Apoderado/a (2)

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas, que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades (3). La presente certificación no juzga el contenido del documento.

Lugar y fecha:

Firma y Sello:
Sello de la Dependencia

.....
Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público

- (1) Si el/la Candidato/a fuera mayor de 18 años queda exceptuado de la firma de los padres.
- (2) La firma de la solicitud debe ser hecha por el padre y la madre. En caso de ausencia de uno de ellos o padres separados, deberá adjuntar un testimonio o poder especial del Juez; lo mismo para el caso que firme el/la tutor/a.
- (3) Las firmas del/la solicitante y padres o tutor/a deben ser Autenticadas por Autoridad Judicial o Policial, con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MILITARES

Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del firmante y reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que todo ocultamiento o falsa información será encuadrado dentro de lo establecido en el Art. 293 del Código Penal.

¿Presta o prestó servicios para las Fuerzas Armadas?

Sí	Indicar Fuerza:	<input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> ARA <input type="checkbox"/> FAA
	Grado:	<input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Suboficial <input type="checkbox"/> Personal Civil <input type="checkbox"/> Soldado Voluntario
	Destino, Cargo:	
	Dirección del Destino:	
	Teléfono del Destino:	
No		

En caso afirmativo, ¿sigue en actividad? SI NO

Lugar y fecha:

Firma:
(Candidato/a)

Firma y sello:
(Jefe Departamento Personal de la Unidad/Organismo)
En caso de estar prestando servicio actualmente

Sello de la Unidad/Organismo: