***DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS***

*(Formulario Nº 3 Ficha médica válida hasta el 30 de noviembre del año que cursa)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titular de C.I. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro bajo juramento no ser portador de ninguna de las patologías, incapacidad y en general cualquiera de las causales de no aptitud, previstas en el Decreto 263/999 de fecha 24 de agosto de 1999, con el alcance de lo dispuesto en el artículo 239 del código penal. Declaro tener conocimiento que, en caso de constatarse tales extremos, será impedido de ingresar, baja del Ejército Nacional o declarado nulo el Contrato del Servicio Militar.*

*Escriba* ***“SI” o “NO”*** *en todas las líneas a la izquierda de cada opción,* ***no deje ninguna en blanco****.*

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_ Epilepsia (convulsiones).*  *\_\_\_\_ Asma bronquial.*  *\_\_\_\_ Tuberculosis.*  *\_\_\_\_ Otras Enf. respiratorias crónicas.*  *\_\_\_\_ Enfermedades cardíacas.*  *\_\_\_\_ Enfermedades alérgicas.*  *\_\_\_\_ Enfermedades renales crónicas.*  *\_\_\_\_ Diabetes.* | *\_\_\_\_ Adicciones (alcohol o drogas.)*  *\_\_\_\_ Bulimia o anorexia.*  *\_\_\_\_ Enfermedades psiquiátricas.*  *\_\_\_\_ Depresión.*  *\_\_\_\_ Toma alguna medicación permanente:*  *En caso de ser afirmativa, especifique:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

*Otras enfermedades o afecciones crónicas manifestarlas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del postulante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aclaración:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*