

	Dirección General de Educación de la Armada <b>Escuela Nacional Fluvial</b>	FOR-DI-07. 2
	DIVISIÓN INGRESO	VERSIÓN 3 - 2024
	<b>EXAMEN DE APTITUD PSICOFÍSICA TEMPORARIA PARA INGRESO</b>	

CUB.		MAQ.	
------	--	------	--

APELLIDO Y NOMBRE: .....  
EDAD: ..... DNI/C.I. N°: ..... SEXO: .....

1. EXAMEN CLÍNICO			
A completar por el postulante			
¿TIENE EL EXAMINADO? (Observaciones Clínicas)	SI	NO	SI NO
01. CICATRIZ DE BCG			
02. GENU VARO/VALGO			
03. PIES PLANOS			
04. VARICOCELE			
05. HEMORROIDES			
06. VARICES			
07. QDSC			
08. COLUM. DESV.			
09. SOPLOS			
10. ARRITMIA			
11. HERNIAS			
12. ESTRABISMO			
13. TODOS LOS DEDOS			
14. CICATRICES			
15. EPI/HIPOSPADIAS			
16. TARTAMUDEZ			
17. SILIVANCIAS			
18. TATUAJES			
19. NARIZ DESVIADA			
20. ALERGIA A .....			
21. CEFALEAS			
22. OPERACIONES			
23. OTRAS ENFERMED.			
A completar por el médico clínico			
TALLA: .....	PESO: .....		
<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO CONDICIONAL	<input type="checkbox"/> INEPTO	
OBSERVACIONES:.....			

**DECLARACIÓN JURADA:**

DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS INGRESADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON AUTÉNTICOS.

FECHA...../...../.....

.....

POSTULANTE ( Firma y Aclaración) MÉDICO (Firma y sello)