

JEFATURA DE MANTENIMIENTO Y ARSENALES**ESCUELA DE APRENDICES****Declaración jurada de salud**

Yo , con DNI N°..... Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos. Asimismo me ratifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo al cese como alumno, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas cualquier modificación.

Me comprometo a NO consumir medicación que cuyos efectos secundarios afecten la capacidad de juicio, el equilibrio; afecte el desempeño eficaz, o mi seguridad y la de las personas que están cerca.

Lea atentamente la siguiente lista y conteste TACHANDO LO QUE NO CORRESPONDA

Problemas con el alcohol	SI NO Especifique:.....
Problemas con drogas	SI NO Especifique:.....
Consume tabaco	SI NO Especifique:.....
Medicación o algún tratamiento psiquiátrico	SI NO Especifique:.....
Tratamiento psicológico	SI NO Especifique:.....
Dificultad de aprendizaje	SI NO Especifique:.....
Dificultad para relacionarse con las personas	SI NO Especifique:.....
Dificultades motrices	SI NO Especifique:.....
Dificultades para trabajos de precisión y coordinación	SI NO Especifique:.....
Algún grado de discapacidad en los brazos, manos o dedos	SI NO Especifique:.....
Problemas en la columna	SI NO Especifique:.....
Disminución visual	SI NO Especifique:.....
Algún otro tipo de problemas visuales	SI NO Especifique:.....
Problemas auditivos	SI NO Especifique:.....
Problemas para realizar esfuerzos	SI NO Especifique:.....
Dificultades para subir o bajar escaleras	SI NO Especifique:.....

Tratamiento para la diabetes	SI NO Especifique:.....
Algún tipo de enfermedad o antecedentes cardiológico/circulatorio	SI NO Especifique:.....
Epilepsia	SI NO Especifique:.....
Antecedentes quirúrgicos	SI NO Especifique:.....
Alguna patología en el aparato respiratorio	SI NO Especifique:.....
Alguna enfermedad infectocontagiosa	SI NO Especifique:.....
Patología en el aparato digestivo	SI NO Especifique:.....
Patología en el aparato urinario	SI NO Especifique:.....
Tratamiento oncológico	SI NO Especifique:.....
Patología en la piel	SI NO Especifique:.....
Algún tipo de alergia	SI NO Especifique:.....
Miedos, fobias, ataques de pánico	SI NO Especifique:.....
Tratamiento por alguna enfermedad no especificada en esta lista	SI NO Especifique:.....
Alguna dificultad en la salud que no esté especificada en esta lista	SI NO Especifique:.....
Alguna discapacidad que no esté especificada en esta lista	SI NO Especifique:.....

Obra social y número de afiliado:..... (si posee)

En caso de algún problema de salud en la escuela recurrir a:
Apellido y nombres:.....
Teléfonos:.....
Dirección:.....

LUGAR:.....

FECHA:.....

.....
FIRMA DEL DECLARANTE

.....
ACLARACION

.....
DNI N°