ANEXO IV

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA Y PSICOLÓGICA

Apellido/s y nombre/s: _____

D.N.I.: _____ **Escalafón:** _____ **Jerarquía:** _____

Edad: _____ **N.I.:** _____

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA: ADJUNTAR ERGOMETRÍA.

01 CERTIFICACIÓN MÉDICA CARDIOLÓGICA

Fecha: _____ / _____ / 20_____

Certifico que el/la paciente no presenta síntomas ni signos de enfermedad cardiovascular que impidan la realización de actividad física de exigencia, incluso de contacto (defensa personal y materias operativas), que pudieran perjudicar su estado de salud. Asimismo, no cursa postoperatorio u otras enfermedades que pudieran perjudicar su salud o la de terceros.

Esta certificación se realiza considerando edad, antecedentes personales y familiares, factores de riesgo, examen físico y/o estudios complementarios que, según criterio profesional, se consideren necesarios.

El/la profesional deberá seleccionar una sola opción:

☐ A - APTO cardiológicamente para realizar actividad física de exigencia, incluso de contacto, acorde a su edad.

☐ B - NO APTO cardiológicamente en la actualidad; requiere otros estudios o tratamiento prescripto.

Observaciones / derivación a especialista: _____

Sello

Firma y aclaración del/de la médico/a cardiólogo/a

02 CERTIFICACIÓN MÉDICA

Fecha: _____ / _____ / 20_____

Certifico que el/la paciente goza de buen estado de salud y no presenta, al momento del examen, síntomas ni signos de enfermedades, ni cursa postoperatorio u otras condiciones que pudieran perjudicar su salud o la de terceros.

La evaluación contempla edad, antecedentes personales y familiares, factores de riesgo y/o estudios complementarios considerados pertinentes según criterio profesional.

El/la profesional deberá seleccionar una sola opción:

☐ A - APTO. Se encuentra en buen estado de salud.

☐ B - NO APTO actualmente; requiere estudios, tratamiento u otra evaluación.

Observaciones / derivación a especialista: _____

Sello

Firma y aclaración del/de la médico/a

03 CERTIFICACIÓN PSICOLÓGICA

Fecha: _____ / _____ / 20_____

Certifico haber examinado al/a la solicitante, quien al momento de la evaluación se encuentra:

☐ **APTO** ☐ **NO APTO**

Para participar en la Tecnicatura Superior en Seguridad Pública y Ciudadana con Orientación Policial.

Observaciones: _____

Sello

Firma y aclaración del/de la psicólogo/a