



Antecedentes
A completar por el/la aspirante

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Si - ¿Cuál? _____

No

Durante los últimos dos años ¿tuvo alguna internación o intervención quirúrgica?

Si - Especifique _____

No

¿Tiene algún tipo de alergia?

Si - ¿A qué? _____

No

¿Recibe tratamiento médico?

Si – Especifique _____

No

¿Presenta alguna limitación física?

Si – Aclaración _____

No

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER
OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Firma:

Aclaración:

DNI