



Fundación Eben - Ezer
Villa Ángela

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA
UNIDAD EDUCATIVA DE GESTIÓN PRIVADA N°61 "Eben - Ezer"
Uruguay y Ptor. David A. Fuertes TE. (03735) 431173
nivelsuperior.ebenezer@yahoo.com.ar
Villa Ángela - CHACO (3540)



4. EXAMEN O. R. L. (Especialista Otorrinolaringólogo)

Queda a criterio del facultativo firmante el examen fonoaudiológico

ACLARACIÓN: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y Sello

5. EXAMEN OSTEOMIOARTICULAR (Especialista Ortopedia y Traumatología)

Se sugiere en especial una valoración de la movilidad articular.

ACLARACIÓN: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y Sello

6. EXAMEN OFTALMOLÓGICO (Especialista Oftalmólogo)

ACLARACIÓN: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Agudeza visual (deberá ser superior a 7/10 en cada ojo con corrección)	Firma y Sello
OJO DERECHO:	
OJO IZQUIERDO:	
Campimetría (deberá garantizar un buen dominio espacial durante las actividades desarrolladas en los distintos espacios físicos)	
Visión de colores:	
Certifico que el aspirante arriba mencionado:	



7. INTERCONSULTAS: según criterio del facultativo

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y Sello

8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: según criterio del facultativo

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y Sello

9. EXAMEN CLÍNICO GENERAL (Especialista Médico Clínico)

En este examen estarán incluidos como mínimo: examen del aparato respiratorio, vacunas completas, el laboratorio completo de sangre y orina, estudios serológicos (Machado Guerreiro, V.D.R.L. y Mantoux), examen semiológico, peso adecuado para la práctica deportiva. Quedarán a criterios del profesional firmante aquellos estudios complementarios no invasivos o invasivos que este considerase oportuno.

ACLARACIÓN: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y Sello

Conforme a las certificaciones anteriores de los respectivos especialistas se resuelve: Otorgar el APTO - No otorgar el APTO (especialista en Clínica Médica)

OTORGAR	NO OTORGAR
Firma y sello	Firma y sello



PROFESORADO PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EDUCACIÓN FÍSICA

DECLARACIÓN JURADA

Apellido/s del aspirante:
 Nombres del aspirante:
 D.N.I.: Edad:
 Domiciliado en:
 Localidad: Provincia:

Declaro bajo juramento:

Que no presento afección o estado orgánico funcional, transitorio o definitivo, que constituya un riesgo para mi vida, para la práctica de la actividad física específica, o disminuya la capacidad para este fin, tanto para el período de ingreso como durante la carrera.

El Nivel Superior de la U.E.G.P. N° 61 "Eben-Ezer" acepta esta declaración y fundamenta su postura en la base de que el nexo de causalidad entre el daño y el hecho generador del mismo, puede ser quebrado por eximentes de responsabilidad, los cuales permiten al presunto causante del daño deslindarse de su obligación de responder.

Dicho eximente se encuentra en el Art. 1.111 del Código Civil, señalando que **"el hecho que no cause daño a la persona que lo sufre, sino por una causa imputable a ella, no impone responsabilidad alguna"**. Dicho artículo se refiere a lo que se conoce como **"Culpa de víctimas"**, cuando el propio damnificado, por su acción u omisión, se autoprovoa el daño.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración el de de 20.....

Firma del aspirante
 Aclaración.....
 DNI.....

Certifico que la firma que antecede fue puesta en mi presencia y corresponde a

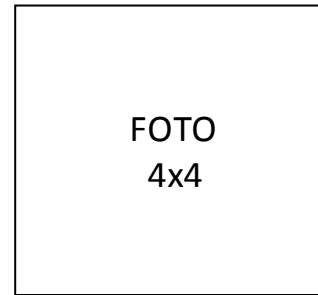
.....
 DNI

Lugar y fecha:.....

*Firma y sello de Autoridad Competente
 (Juez de Paz o escribano Público)*



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



A la Rectoría

S _____ / _____ D

Quien suscribe solicita a Ud. la inscripción al Profesorado en Nivel Superior en Educación Física

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE:

Apellidos:.....
 Nombres (completos):.....
 Domicilio:..... Localidad:.....
 E-mail:..... Teléfono:.....
 Lugar de nacimiento:..... Fecha: / /
 Nacionalidad:..... D.N.I. N°..... CUIL:.....
 Grupo sanguíneo:..... Factor R.H:.....
 Título que posee:.....
 Expedido por (institución):.....
 Año de egreso:.....

Saluda a Ud. muy atentamente.

Lugar y fecha:

.....
 Firma del interesado

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL ASPIRANTE:

DOCUMENTACIÓN	SI	NO
Fotocopia DNI 1° y 2° hoja		
Fotocopia Acta de Nacimiento		
Fotocopia autenticada del Título Secundario		
Constancia Título en Trámite		
Certificado de Domicilio		
Certificado de Buena Conducta		
2 Fotos carnet (4cm x 4cm)		
Fotocopia Grupo sanguíneo		
Carpeta colgante		
Ficha de examen médico y los estudios correspondientes		

.....
 Firma del Bedel o Secretario