



POLICÍA NACIONAL



GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

**INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACION POLICIAL
DIRECCIÓN DE POSTGRADO Y CAPACITACIONES
ESCUELA DE ESTRATEGIA POLICIAL**

Avenida del Cadete y Ofic. Insp. Leongino Santacruz - Ñu Guasu - Luque

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Luque, de2023

Jefa de Unidad Académica
Escuela de Estrategia Policial
Presente

El que suscribe, se dirige a Usted, a objeto de solicitar mi inscripción como postulante del **Programa de Maestría en Ciencias Policiales**, desarrollada por la Escuela de Estrategia Policial, para el periodo académico 2024.

Adjunto a la presente solicitud las documentaciones requeridas en virtud a la **Resolución Nº 698/23**, del Reglamento de Admisión, como sigue:

- 2 (dos) fotocopias autenticadas por escribanía de la Cédula de Identidad Civil
- 1 (una) Foto tipo carnet tamaño 3x4 cm, con fondo blanco y actualizada
- 1 (Un) Certificado de Estudio original de la carrera de grado.
- 1 (una) fotocopia autenticada del Título de Licenciado en Ciencias Policiales, registrado por el Ministerio de Educación y Ciencias.
- Para los NO EGRESADOS de la Academia Nacional de Policía, una fotocopia autenticada de Título de Grado, registrado por el Ministerio de Educación y Ciencias.
- 1 (un) Certificado de Antecedente Policial y
- 1 (un) Certificado de Antecedente Judicial.

Una vez reunido los requisitos se podrá realizar el Pago Móvil de matrícula y aranceles, a través de bocas de cobranzas autorizadas para el efecto, conforme a la Resolución Nº 531/2020, Comandancia de la Policía Nacional correspondiente a la Sub Unidad de Administración y Finanzas del ISEPOL

- Factura del pago de Inscripción como postulante en la Sub Unidad de Administración Financiera del ISEPOL.

Firma:.....

Aclaración:.....

Nº de Cedula:.....



POLICÍA NACIONAL



GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUAI

**INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACION POLICIAL
DIRECCIÓN DE POSTGRADO Y CAPACITACIONES
ESCUELA DE ESTRATEGIA POLICIAL**

Avenida del Cadete y Ofic. Insp. Leongino Santacruz - Ñu Guasu - Luque

	FICHA PERSONAL		FOTO
Datos Personales			
Apellidos:		Celular Nº	
Nombres:			
Grado:		Teléfono Familiar	
Edad:			
Fecha de Nacimiento:		Correo	
Lugar de Nacimiento:			
Domicilio Particular:			
Correo			

.....

Firma y Aclaración.

C.I.Nº.....



POLICÍA NACIONAL



GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

**INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACION POLICIAL
DIRECCIÓN DE POSTGRADO Y CAPACITACIONES
ESCUELA DE ESTRATEGIA POLICIAL**

Avenida del Cadete y Ofic. Insp. Leongino Santacruz - Ñu Guasu – Luque

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo fe de juramento que los datos descriptos precedentemente son verdaderos. Así mismo conocer el Reglamento del Instituto Superior de Educación Policial, Reglamento de la Escuela de Estrategia Policial, Reglamento de Admisión y dar cumplimiento irrestricto al mismo.

Firma del/la interesado/a.....

Fecha:...../...../.....

Aclaración.....

Firma y sello del Escribano/a



**INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACION POLICIAL
DIRECCIÓN DE POSTGRADO Y CAPACITACIONES
ESCUELA DE ESTRATEGIA POLICIAL**

Avenida del Cadete y Ofic. Insp. Leongino Santacruz - Ñu Guasu - Luque

FICHA MÉDICA

El presente documento será utilizado para instrumentar debidamente los resultados de la Inspección Médica practicada al personal cursante. Este requerimiento es a los efectos de conocer el estado de salud del personal.

Para la validez de este documento la firma y el sello deben ser de un especialista, debidamente reconocido, de cada una de las áreas solicitadas.

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

C.I.Nº: _____ **CREENCIAL Nº:** _____

EDAD: _____ **DEPENDENCIA:** _____

Marcar con una "X" la opción que corresponda y describe la Observación de la inaptitud según el caso.

<u>CLINICA GENERAL</u>		
.....	APTO
.....	NO APTO	Firma y Sello del Profesional Médico – Aclaración de Firma
P.A. Reposo:	Fc. Reposo:	FR. Reposo:
P.A. Esfuerzo:	Fc. Esfuerzo:	FR. Esfuerzo:
Observación:.....		
<u>TRAUMATOLOGÍA</u>		
.....	APTO
.....	NO APTO	Firma y Sello del Profesional Médico – Aclaración de Firma
Observación:.....		
<u>CARDIOLOGÍA – E.C.G.</u>		
.....	APTO
.....	NO APTO	Firma y Sello del Profesional Médico – Aclaración de Firma
Observación:.....		
<u>NUTRICIÓN – (IMC)</u>		
.....	APTO
.....	NO APTO	Firma y Sello del Profesional Médico – Aclaración de Firma
Observación:.....		

Doy mi conformidad que los resultados descritos en este documento por los profesionales Médicos, sobre los estudios laboratoriales son fidedignos y reflejan un alto grado de objetividad, razón por la cual libre y voluntariamente rubrico mi firma y me comprometo a acatar las disposiciones del Reglamento de Educación Física.

Firma..... **Aclaración**.....