



MINISTERIO DE
SEGURIDAD



GOBIERNO DE
TUCUMÁN

SERVICIO PENITENCIARIO PROVINCIA DE TUCUMÁN

EVALUACION PSICÓLOGICO LABORAL

(El presente formulario deberá ser presentado por el aspirante al momento de rendir el Examen. El mismo debe ser impreso por duplicado en hoja A4).

FORM. INSCRIPCIÓN N°: _____

APELLIDO

NOMBRE:

DNI:

N° CELULAR:

AL MOMENTO DE LA PRESENTE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA LABORAL, SE CONSIDERA QUE EL POSTULANTE:

(Para que el profesional tilde lo que corresponda)

SI

NO

REÚNE LAS CONDICIONES REQUERIDAS SEGÚN LEGISLACIÓN LEGAL VIGENTE QUE REGULA EL PRESENTE PROCESO, PARA LA INCORPORACIÓN AL CURSO DE CAPACITACIÓN COMO AGENTE TRANSITORIO DEL SERVICIO PENITENCIARIO DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN.

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

**FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL**

**FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL**

**FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL**