

FECHA	11/08/2021	2021	COMUNICADO CONSEJO ESCOLAR	118
NIVEL	Todos los Niveles y Modalidades			
EMITE	Consejo Escolar			
DESTINO	Equipos directivos			
OBJETO	RECTIFICATORIO INSCRIPCIÓN A LOS LISTADOS 2021/2022			

(SE ADJUNTA DECLARACIÓN JURADA OMITIDA ANTERIORMENTE)

Se informa a todos los aspirantes que se encuentra abierta la inscripción para los listados de aspirantes a cargos de porteros y peones de cocina 2021/2022, en base al comunicado recibido de fecha 11 de Agosto del 2021.

La misma se realizará entre los días 12 de agosto y el 3 de septiembre de 2021, debiendo acceder con su usuario ABC al portal ABC.

Para el caso de los aspirantes que ya estuvieron inscriptos deberán ingresar e inscribirse completando íntegramente los datos personales y accediendo a la planilla de puntajes donde podrá verificar si se corresponde con los datos ya consignados, en el caso en que los datos son correctos deberán aceptar y si estuvieran incompletos o resultaran erróneos los rechazarán. Por este año, los aspirantes podrán cargar toda la documentación requerida entre el 6 de septiembre y el 1 de octubre a través del portal del ABC.

En el caso de los aspirantes de portero y peones de cocina que se inscriban por primera vez lo podrán realizar a través del portal de ABC, donde deberán crear un usuario dentro del portal entre el 6 de septiembre y el 1º de octubre, presentando en esa instancia la documentación pertinente para la inscripción a saber:

INSCRIPCIÓN: Se asignará **0,50 puntos por año de inscripción** en los listados de aspirantes.

Por **ANTIGÜEDAD**

En Servicios Educativos de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires se asignará **0,50 puntos por cada mes desempeñado**.

En Servicios Educativos de Gestión Privada de la Provincia de Buenos Aires: se computarán a razón de **0,40 puntos por cada año**, debiendo presentar la correspondiente certificación de servicios, rubricada por el Directivo del mismo.

En Servicios Educativos de Gestión Estatal o Privada, reconocidos o incorporados de otras jurisdicciones, sea nacional, provincial o municipal: se computarán a razón de **0,30 puntos por cada año**. La antigüedad será certificada por los Directores de los servicios, con autenticación de las autoridades de la cual dependen.

Servicios Educativos de la Dirección General de Cultura y Educación clasificados como “desfavorables”: al cómputo resultante se le adicionarán 0,15 puntos por cada mes de trabajo.

Antigüedad EN SERVICIOS NO EDUCATIVOS:

De Gestión Pública: se computarán a razón de 0,25 puntos por año desempeñado. La acreditación se realizará con la presentación de constancias certificadas y autenticadas por la autoridad del organismo del cual depende.

De Gestión Privada: se computarán a razón de 0,15 puntos por año. La acreditación de estos antecedentes se realizará únicamente con la presentación de certificados oficiales válidos para aptitud jubilatoria.

Puntaje por domicilio los domiciliados en el Distrito en el cual se inscriben, se les **adicionará 5 puntos**. Esta circunstancia se acreditará con copia de la parte pertinente del Documento Nacional de Identidad.

Puntaje por estudios:

Estudios primarios completos se les otorgarán **5 puntos** en cualquier modalidad. Para el caso de haber cursado con la modalidad EGB (Educación General Básica) se les considerará estudios primarios completos a aquellos que hayan aprobado EGB 1 y EGB 2 (1° a 6° año).

Estudios secundarios en cualquier modalidad se les adicionará **diez (10) puntos**, se deberá adjuntar analítico, título y certificaciones reconocidos por la Dirección General de Cultura y Educación.

Para quienes acrediten un año completo de estudios secundarios y presenten constancia de alumno regular de cursada correspondiente al siguiente año, se les asignará **un (1) punto por año cursado**. Quienes hayan culminado sus estudios terciarios y/o universitarios se les adicionará **cinco (5) puntos**, se deberá presentar certificado analítico, títulos y certificaciones. Si el título obtenido es inherente a la tarea para la cual se postula, se le asignará un puntaje de **diez (10) puntos**. En caso de que el aspirante cuente con más de un título – cualquiera sea su naturaleza- recibirá dos (2) puntos por estudio adicional.

Capacitación en los Centros de Formación Profesional de la DGCyE, de DIPREGE, de la Dirección de Educación Agraria, Ministerio de Salud o Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires en alguno de los siguientes cursos que se detallan y en los que se vinculen a la tarea que desarrollan, se les otorgarán **cinco (5) puntos**, se deberán presentar los títulos y certificados reconocidos por la Dirección General de Cultura y Educación:

- COCINERO COMEDORES ESCOLARES.
- MANIPULADOR DE ALIMENTOS.
- LIMPIEZA INSTITUCIONAL.
- EL TRABAJO DEL AUXILIAR EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
- ELABORACION Y CONSERVACION DE CARNES Y EMBUTIDOS.
- ELABORACION Y CONSERVACION DE FRUTAS Y HORTALIZAS.
- COCINERO PARA RESTAURANTE. MODULO I. BASICO
- COCINERO PARA RESTAURANTE MODULOS II Y III.
- ELABORACION DE ALIMENTOS A BASE DE SOJA.
- GESTION Y ABORDAJE INTEGRAL DEL SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR
(dictado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires).

En el caso que algún aspirante cuente con más de un curso, se le otorgará dos (2) puntos más por cada curso adicional.

Asimismo los aspirantes deberán presentar también al momento de la inscripción **certificado médico de aptitud psicofísica emitido por autoridad sanitaria nacional, provincial o municipal**. Los agentes con cargo efectivo al 1° de septiembre de 2021 podrán, alternatively, presentar por el portal MIS LICENCIAS certificado médico de médico tratante sobre aptitud psicofísica, declaración jurada de salud (adjunta a la presente), electrocardiograma con informe, placa de tórax y columna con informe y referida en la certificación y análisis de laboratorio, pudiendo estos estudios ser tramitados a través de su obra social. La certificación será emitida en este caso por la DIRECCIÓN DE CALIDAD LABORAL. Todos los aspirantes deberán presentar la Declaración Jurada de Salud aprobada por IF-2021-20181421-GDEBA-DCLYMATDGCYE.

Y un por último conforme surge del ARTICULO 21° de la resolución 293/18 a los aspirantes en posición expectantes a tomar un cargo, se pedirá el **certificado que acredite estar libre de antecedentes penales.**

SECRETO MÉDICO

DECLARACION JURADA DE SALUD

A COMPLETAR POR EL ASPIRANTE A AUXILIAR DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES:		ESTADO CIVIL:		
NACIONALIDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:	
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:				
DOMICLIO – CALLE:		Nº	PISO	DEPTO. BARRIO
LOCALIDAD:	DISTRITO:		CODIGO POSTAL:	
E-MAIL:		¿TIENE TRABAJO?: SI / NO		
DGCYE (indicar escuela)		OTRO (donde):		

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS	SI	NO	MARQUE LOS CASILLERO CORRESPONDIENTES
¿TUVO QUE ABANDONAR ALGUN EMPLEO POR RAZONES DE SALUD?			MOTIVO:
¿RECIBIO O TIENE PENDIENTE UNA INDEMNIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL?			MOTIVO:
¿LE HA SIDO NEGADO ALGUNA VEZ UN SEGURO DE VIDA?			MOTIVO:
¿FUMA O HA FUMADO?			¿CUANTOS POR DIA? EN CASO DE HABER DEJADO DE FUMAR, INDIQUE HACE CUANTOS AÑOS :
¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?			¿CUANTAS VECES A LA SEMANA? ¿CUANTOS VASOS? ¿CUALES?
¿HACE ALGUNA DIETA?			¿CUAL?
¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA?			¿HA TENIDO ALGUN IMPEDIMENTO PARA HACER?
USA LENTES			
USA AUDIFONO			
USA ALGUN TIPO DE PROTESIS O DISPOSITIVO			

HISTORIA FAMILIAR

Tiene o han tenido sus parientes algunas de las enfermedades que se enumeran a continuación
(en caso afirmativo, indique con una X)

	ENFERMEDAD										VIVOS?	FALLECIDOS	
PARIENTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SI / NO	CAUSA	EDAD
Padre													
Madre													
Hermanos													
Hermanas													
Esposa													
Hijos													

1) Artritis o reumatismo

2) Asma bronquial

3) Cáncer

4) Diabetes

5) Afecciones cardíacas

6) Hipertensión

7) Enfermedad renal urinaria

8) Úlcera de estómago o duodeno

9) Tuberculosis

10) Enfermedades mentales

TIENE ACTUALMENTE O HA TENIDO ALGUNA VEZ
(Marque con una X si ó no, según corresponda)

	SI	NO		SI	NO
Mareos o desmayos			Sinusitis		
Nerviosismo excesivo			Sangre en el esputo		
Convulsiones			Sudores nocturnos		
Dolores de cabeza frecuentes			Pérdida de peso reciente		
Pesadillas			Dolores en el pecho		
Pérdida de memoria			Falta de aire		
Neuritis o neuralgias			Palpitaciones del corazón		
Brucelosis			Presión sanguínea alta		
Depresión			Úlcera gástrica o duodenal		
Paludismo			Ictericia		
Fiebre reumática			Indigestión frecuente		
Enfermedades venéreas			Acidez		
Tuberculosis			Glucosa o albúmina en orina		
Cáncer u otro tumor			Hernias		
Asma o fiebre de heno			Hemorroides		
Sífilis, HIV			Hepatitis B, C		
Urticaria			Articulaciones dolorosas o hinchadas		

	SI	NO		SI	NO
Enfermedades de la piel			Dificultad para orinar o sangre en orina		
Trastornos en los ojos o dificultad p/ ver			Fracturas o luxación		
Disminución de audición			Dolores en los pies o pies planos		
Supuración de oídos			Dolores en la rodilla		
Resfríos frecuentes			Dolor en la espalda, cintura o ciática		
Dentadura en mal estado			Dolor en el hombro		
Amigdalitis			Várices		
Tos crónica					

OPERACIONES

Ha sido Ud. operado de:	SI	NO	AÑO	OTRAS OPERACIONES	AÑO
Amigdalitis					
Apendicitis					
Hernias					
Hemorroides					
Otras					

POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ☐ SI ☐ NO
(En caso afirmativo adjuntar copia)

¿TIENE HIPERTENSIÓN? _____ ¿ESTA CONTROLADO/A? _____

¿TIENE DIABETES? _____ ¿ESTA CONTROLADO/A? _____

¿TOMA ALGUN TIPO DE MEDICACIÓN? _____ ¿QUE TOMA ? _____
FRECUENCIA (Marque con una X): MENSUAL _____ TRIMESTRAL _____ SEMESTRAL _____ ANUAL _____

SUFRE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD CRÓNICA (COMO CELIAQUIA, SECUELAS ACV, EPILEPSIA, EPOC, CONVULSIONES, ETC? _____
EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR _____

PESO:	ALTURA:
-------	---------

COVID-19

¿Tuvo COVID-19? SI _____ NO _____

En caso afirmativo: Requirió Internación: SI _____ NO _____

En caso afirmativo ¿Tiene secuelas? ¿Cuáles? _____

¿Se inscribió en el plan de vacunación contra el covid-19? SI _____ NO _____

EN CASO AFIRMATIVO	SI	NO	FECHA DE VACUNACIÓN	FECHA DE TURNO
¿Recibió la primera dosis del plan?				
¿Recibió la segunda dosis del plan?				

VACUNAS:

Tiene las siguientes vacunas:

	SI	NO	FECHA DE VACUNACIÓN
Hepatitis B			
Doble Adultos o triple bacteriana acelular (difteria / tétanos/ tos con convulsa)			
Doble / Triple Viral (sarampión, rubéola y paperas)			
Antigripal			

En caso de no estar vacunado, acepta vacunarse: SI _____ NO _____

Declaro que la información suministrada es completa y verídica..

_____/_____/_____
Fecha

FIRMA DEL INTERESADO

DNI

