



# SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR

## PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y EXAMEN PSICOFÍSICO

(LEY 24.449 y su modificatoria: Ley 26.363)

**DATOS PERSONALES:**

Apellido/s y nombre/s (completos): .....

Lugar de Nacimiento:..... Fecha Nacimiento.: ...../...../.....

Edad: .....años Nacionalidad: ..... Ocupación:.....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

En cumplimiento a los requisitos exigibles por la normativa vigente (Ley Nº 24.449 y su modificatoria: Ley Nacional de Tránsito y Seguridad Vial Nº 26.363 y Decretos reglamentarios, solicito licencia por:

1º vez  vencim  modif.  ampliacion  deterioro  extravío  cambio jurisdic.

Licencia Nº..... Control Nº:..... Municipalidad :.....

Expedido: ...../...../..... Vencimiento: ...../...../..... Categoría/s: .....

**PARTICULAR**

### DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

*El siguiente cuestionario debe ser completado de puño y letra del solicitante. Todas las preguntas deben ser contestadas.*

Si contesta afirmativamente alguna pregunta, le solicitamos completar con toda la información posible.

1) ¿Padece usted de algún defecto físico, lesión o enfermedad?			
NO		SI	¿Cuál/es?
2) ¿Toma usted habitualmente alguna medicación?			
NO		SI	¿Cuál/es?
3) ¿Sufrió usted alguna vez de epilepsia, convulsiones, desmayos y/o parálisis?			
NO		SI	¿Cuál/es?
4) ¿Sufrió usted alguna vez de vértigo, mareo o trastornos del equilibrio?			
NO		SI	¿Cuál/es?
5) ¿Tiene dificultad de movimiento en alguna parte de su cuerpo?			
NO		SI	¿En cuál?
6) ¿Sufre o sufrió usted de hipertensión arterial, infarto de miocardio, angina de pecho o alguna otra afección del corazón?			
NO		SI	¿Cuál?
7) ¿Le han colocado a usted marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador?			
NO		SI	¿Motivo?
8) ¿Padece o padeció usted de asma o algún otro trastorno respiratorio?			
NO		SI	¿Cuál?
9) ¿Sufre usted de diabetes u otra enfermedad metabólica?			
NO		SI	¿Cuál?
10) ¿Ha estado usted alguna vez internado?			
NO		SI	¿Motivo/s?
11) ¿Ha sido usted operado alguna vez?			
NO		SI	¿Motivo/s?
12) ¿Ha tenido usted enfermedades de la sangre o hemorragias?			
NO		SI	¿Cuál?

13) ¿Tiene usted antecedentes de enfermedades psiquiátricas?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?
En caso afirmativo responda si se encuentra en tratamiento actualmente			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Psicofármacos
14) ¿Sufre o sufrió de alcoholismo, abuso de drogas o sustancias adictivas?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿Cuál/es?
15) ¿Su visión es normal?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿Por qué?
16) ¿Utiliza anteojos o lentes de contacto?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿Motivo?
17) ¿Su audición es normal?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿Utiliza audífono?
18) ¿Tuvo o tiene usted colocado algún tipo de prótesis?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿En qué parte de su cuerpo?
19) ¿Tiene algún tipo de alergia?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿ Desea que este dato figure en su Licencia de Conducir ? SI - NO			
20) ¿En caso de fallecimiento desea Ud. donar sus órganos?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿ Desea que este dato figure en su Licencia de Conducir ? SI - NO
21) ¿Padece usted de alguna afección/enfermedad que no figure en este cuestionario?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?

HE COMPRENDIDO EL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD Y HE CONTESTADO EL MISMO CON LA VERDAD Y EN PLENAS FACULTADES MENTALES.

.....  
 FIRMA Y ACLARACIÓN  
 D.N.I. Nº .....

PARA SER COMPLETADO POR EL EXAMINADOR MEDICO		
El médico que suscribe certifica que el titular de la presente, quien acredita identidad mediante DNI Nº....., se encuentra:		
<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO CONDICIONAL	<input type="checkbox"/> NO APTO
OBSERVACIONES: .....		
Prótesis: .....		
Anteojos: .....		
Grupo Sanguíneo: ..... Factor RH .....		
USHUAIA, ...../...../.....		
..... firma y sello profesional		
<b>IMPORTANTE: asista al examen con DNI y certificado de grupo y factor sanguíneo</b>		

RECIBO Nº..... \$ .....	CONTROL Nº.....
RECIBO Nº..... \$ .....	CATEGORÍA/S: .....
RECIBO Nº..... \$ .....	FECHA.....
RECIBI CONFORME: ..... Verificó: ..... Leg.:.....	