



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:/...../..... Categorías/s: **PROFESIONAL**

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

13) ¿Tiene usted antecedentes de enfermedades psiquiátricas?				
NO		SI		¿Cuál?
En caso afirmativo responda si se encuentra en tratamiento actualmente				
NO		SI		Psicoterapia
				Psicofármacos
14) ¿Sufre o sufrió de alcoholismo, abuso de drogas o sustancias adictivas?				
NO		SI		¿Cuál/es?
15) ¿Su visión es normal?				
NO		SI		¿Por qué?
16) ¿Utiliza anteojos o lentes de contacto?				
NO		SI		¿Motivo?
17) ¿Su audición es normal?				
NO		SI		¿Utiliza audífono?
18) ¿Tuvo o tiene usted colocado algún tipo de prótesis?				
NO		SI		¿En qué parte de su cuerpo?
19) ¿Tiene algún tipo de alergia?				
NO		SI		¿Cuál?
¿ Desea que este dato figure en su Licencia de Conducir ? SI - NO				
20) ¿En caso de fallecimiento desea Ud. donar sus órganos?				
NO		SI		¿ 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		SI		¿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:		
APTO	APTO CONDICIONAL	NO APTO
OBSERVACIONES:		
Prótesis:		
Anteojos:		
Grupo Sanguíneo: Factor RH		
USHUAIA,/...../.....		
..... firma y sello profesional		
IMPORTANTE: asista al examen con DNI y certificado de grupo y factor sanguíneo		

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