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 (completos): .....

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 Nº24,449 y su modificatoria: Ley Nacional de Tránsito y Seguridad Vial Nº 26.363 y Decretos reglamentarios, solicito licencia por:

1º vez ☐ vencim. ☐ ampliac. ☐ deterioro ☐ extravío ☐ cambio jurisdic. ☐

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

Expedido: ...../...../..... Vencimiento:...../...../.....

PRINCIPIANTE		PARTICULAR		PROFESIONAL	

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El siguiente cuestionario debe ser completado de puño y letra del solicitante.
Todas las preguntas deben ser contestadas.
Si responde 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 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) ¿Sufrió 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		*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?					
SI		*NO*		*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? NO - SI					

20) ¿Padeció usted de HEPATITIS ?					
NO		*SI*		*¿aclarar tipo?*	
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 PLENAS FACULTADES MENTALES.

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN

D.N.I. Nº.....

EL EXAMEN MEDICO TIENE UNA VALIDEZ DE 30 DIAS CORRIDOS.

IMPORTANTE: asista al examen con DNI y certificado de grupo y factor sanguíneo

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	SI		NO		Lentes de contacto	SI		NO	

Grupo Sanguíneo: ..... Factor RH .....

USHUAIA, .../...../.....

_____
firma y sello profesional

RECIBO Nº..... $	CONTROL Nº: .....
RECIBO Nº..... $	CATEGORÍA/S:.....
RECIBO Nº..... $	FECHA: .....

RECIBÍ CONFORME: .....Verificó: ..... Leg.: .....