



# 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: .....

**PRINCIPIANTE**

## 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.:.....	