



Señor: Intendente Municipal / Presidente Comunal de _____

El que suscribe se presenta ante Ud. a los efectos de que se sirva tener a bien dar el curso correspondiente a esta solicitud con el objeto de que se le otorgue licencia habilitante para conducir.

TIPO DE MOVIMIENTO

NUEVO A

RENOVACIÓN R

CAMBIO DE DATOS DE LICENCIA C

CAMBIO DE DATOS PERSONALES F

EXTRAVÍO / DETERIORO D

Completar todos los datos en MAYÚSCULAS y con una letra por casilla.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nº DE DOCUMENTO (1)

TIPO DNI LC (Libreta Cívica) LE (Libreta de Enrolamiento) PA (Pasaporte) DE (Doc. Extranjero)

PAÍS QUE LO OTORGA (2) sólo para Documento Extranjero o Pasaporte

APELLIDO PATERNO

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO MATERNO

PAÍS DE NACIMIENTO

NOMBRE

NACIONALIDAD

SEXO M F (Tachar lo que no corresponda)

GRUPO SANGUÍNEO FACTOR RH

DONANTE DE ÓRGANOS SI NO (Tachar lo que no corresponda)

DOMICILIO

PROVINCIA

LOCALIDAD

CALLE

NÚMERO

TELÉFONO

PISO DPTO.

CELULAR

EMAIL : _____

TELÉFONO SECCIONAL DE POLICÍA

Acepto recibir información relativa a mi licencia de conducir (*)

(*) Al incluir su dirección de correo electrónico y número de teléfono celular, ud. recibirá información relativa a su licencia de conducir vía e-mail y/o mensaje de texto.

SOLICITUD**LICENCIA**

FECHA DE SOLICITUD

CLASES

IDENTIFICACIÓN DE SOLICITUD

MESES (3)

(Anular con un guiñon los espacios sin completar)

OBSERVACIONES: _____

- Notas:
- (1) - Las personas de nacionalidad argentina deberán colocar el Nº de Documento Nacional de Identidad, Libreta Cívica o Libreta de Enrolamiento indefectiblemente.
 - (2) - Deberá llenarse sólo para Documento Extranjero o Pasaporte.
 - (3) - Cuando los médicos o autoridades comunales estimen que el conductor debe ser habilitado por un plazo menor al periodo reglamentario se deberá indicar en el mismo en meses.

El que suscribe afirma que la declaración jurada ha sido completada correctamente sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las sanciones previstas en el Art. Nº 275 del Código Penal **FALSO TESTIMONIO.**



DECLARACIÓN JURADA SOBRE PADECIMIENTOS DE AFECCIONES

Debe ser completada en forma personal por el solicitante, debiendo saber leer y escribir en el idioma nacional. A los responsables del examen psicofísico: cumpliendo con el Art. 14 del Decreto N° 2311/99, completo la declaración jurada (marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones).

- | | | |
|--|--------------------------|-----|
| 01 - ¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 02 - ¿Tiene recetados lentes de contacto? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 03 - ¿Tiene ojos desviados? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 04 - ¿Es ciego de un ojo o tiene prótesis? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 05 - ¿Le han realizado alguna operación ocular? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 06 - ¿Confunde colores? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 07 - ¿Padece sordera? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 08 - ¿Padece disminución de audición? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 09 - ¿Padece alguna patología auditiva? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 010 - ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 011 - ¿Usa audifono o implante coclear? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 012 - ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 013 - ¿Le falta algún miembro total o parcial? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 014 - ¿Ha sufrido algún traumatismo craneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 015 - ¿Padece alguna afección neurológica? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 016 - ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 017 - ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 018 - ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 019 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc.? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 020 - ¿Padece de hipertensión arterial? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 021 - ¿Usa marcapasos? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 022 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 023 - ¿Padece de hemofilia a algún trastorno de coagulación? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 024 - ¿Padece de diabetes? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 025 - ¿Es insulino dependiente? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 026 - ¿Tuvo contacto accidental o profesionalmente con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 027 - ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 028 - ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 029 - ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 030 - ¿Es alérgico? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 031 - ¿Es alérgico a alguna medicación? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 032 - ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 033 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 034 - ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 035 - ¿Sufre o a sufrido ataques de epilepsia? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 036 - ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 037 - ¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones cantidad de cigarrillos diarios _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 038 - ¿Posee jubilación por invalidez? _____ | <input type="checkbox"/> | |

Observaciones: _____

El que suscribe afirma que la declaración jurada ha sido completa correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las sanciones previstas en el Art. N° 275 del Código Penal - FALSO TESTIMONIO.

.....
Firma del Solicitante