

**SOLICITUD LICENCIA UNICA DE CONDUCIR**  
Ley Provincial 13.133

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 trámite**

Original

Renovación

Renovación con ampliación

Ampliación

Ampliación con cambio de clase

Duplicado

Duplicado por cambio de datos

Canje

CLASES

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

**DATOS DEL SOLICITANTE**

**TIPO DE DOCUMENTO** (Marcar con una cruz el casillero correspondiente)

DNI

LC (Libreta Cívica)

LE (Libreta de Enrolamiento)

NRO. DE DOCUMENTO (1)  CUIL/CUIT/CDI

APELLIDO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO    SEXO:  F  M (Tachar la que **no** corresponda)

PAÍS DE NACIMIENTO  NACIONALIDAD

TELÉFONO  Sin 0 CELULAR  Sin 0 y sin 15

EMAIL

GRUPO SANGUINEO  FACTOR RH  DONANTE DE ORGANOS  SI  NO (Tachar la que **no** corresponda)

**DOMICILIO**

LOCALIDAD

CALLE  NUMERO

TORRE

PISO

DPTO

**(Completar si no posee dirección exacta)**

\* CALLE ESQUINA

\* ENTRE CALLE

\* Campos No Obligatorios

\* Y CALLE

**SOLICITUD** Reservado para el Centro

FECHA DE SOLICITUD

Nº DE TRAMITE: .....

IDENTIFICACION DE SOLICITUD  (Anular con un guión los espacios sin completar)

Observaciones: .....

Notas:

(1) - Las personas de nacionalidad argentina deberán colocar el N° de Documento Nacional de Identidad, Libreta Cívica o Libreta de Enrolamiento indefectiblemente.

**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. 23 - ítem 7.3 inc) "c" del Decreto Reglamentario de la Ley Provincial de Tránsito N° 13.133, completo la declaración jurada (marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones). La presente debe ser conservada por un mínimo de 5 años.

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