

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)[illegible][illegible][illegible]

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

PAIS DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

TELEFONO								Sin 0	CELULAR								Sin 0 y sin 15
----------	--	--	--	--	--	--	--	-------	---------	--	--	--	--	--	--	--	----------------

[illegible]

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

DOMICILIO

[illegible]

CALLE															NUMERO				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--

TORRE

--	--	--

 PISO

--	--	--

 DPTO

--	--	--

(Completar si no posee dirección exacta)

[illegible][illegible][illegible]**SOLICITUD** Reservado para el CentroFECHA DE SOLICITUD

--	--

--	--

--	--	--	--

Nº DE TRAMITE:

IDENTIFICACION DE SOLICITUD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (Anular con un quión 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.

	Si	No
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"/>
10 - ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - ¿Usa audífono o implante coclear? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - ¿Le falta algún miembro total o parcial? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
14 - ¿Ha sufrido algún traumatismo craneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - ¿Padece alguna afección neurológica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico (depresión, esquizofrenia, etc) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
19 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
20 - ¿Padece de hipertensión arterial? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - ¿Usa marcapasos, desfibrilador automático u otro? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
23 - ¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - ¿Padece de diabetes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - ¿Es insulino dependiente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - ¿Ha estado en forma accidental o profesional en contacto con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
27 - ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
28 - ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
29 - ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
30 - ¿Es alérgico? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
31 - ¿Es alérgico a alguna medicación? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
32 - ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
33 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 - ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos, vértigo o temblores musculares? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 - ¿Sufre o ha sufrido ataques de epilepsia? _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
36 - ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 - ¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones cantidad de cigarrillos diarios. _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
38 - ¿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.

Firma y Aclaración del Solicitante