



MUNICIPALIDAD DE LAS HIGUERAS

TRÁMITE DE LICENCIA DE CONDUCIR



FECHA INICIO DE TRÁMITE DE CONDUCIR:...../...../.....

DNI. N°:....., APELLIDO Y NOMBRE:.....

FECHA DE NACIMIENTO:/...../....., EDAD:

DIRECCIÓN:, TEL. EMERGENCIA:.....

EXÁMENES MÉDICOS

A.V.O.D:, O I:....., Av.B:....., V.C:....., USA ANTEOJOS PARA VER DE LEJOS SI NO

VISIÓN CROMÁTICA:

EXÁMEN AUDITIVO

A.A:....., USA AUDÍFONOS SI NO SE REALIZÓ AUDIOMETRIA: SI NO

EXÁMEN PSÍQUICO

RESULTADO:

EXÁMEN FÍSICO

T.A:....., PULSO:, RESULTADO:

EXÁMEN ESPECIALES REALIZADOS RESULTADOS:

OBSERVACIONES:

.....

.....
FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR AUTORIZADO

...../...../.....
FECHA

EXÁMEN TEÓRICO PRÁCTICO

APROBÓ EL CURSO TEÓRICO: SI NO PORCENTAJE:

APROBÓ EL CURSO PRÁCTICO: SI NO PORCENTAJE:

.....
FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR AUTORIZADO

...../...../.....
FECHA

ANTECEDENTES DE INFRACCIONES DE TRÁNSITO

REGISTRA INFRECCIONES MUNICIPALES DE NATURALEZA CONTRAVENCIONAL, CONSTATADAS POR EL EMPLEADO ADMINISTRATIVO QUE REALIZA ESTE TRÁMITE ? SI NO



C.P.T.yS.V.

MUNICIPALIDAD DE LAS HIGUERAS

TRÁMITE DE LICENCIA DE CONDUCIR



GOBIERNO DE
LAS HIGUERAS

LAS SIGUIENTES 15 PREGUNTAS DEBERÁN LLENARLAS DE PUÑO Y LETRA EL SOLICITANTE

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD DE SALUD

CUMPLIENDO LA LEY PROVINCIAL n° 8.560 Y SUS MODIFICATORIAS, Y LAS ORDENANZAS Y DECRETOS MUNICIPALES Y SUS MODIFICATORIAS REFERIDAS AL TEMA, VIGENNTES A LA FECHA, DECLARO BAJO JURAMENTO NO HABER PADECIDO O PADECER LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O INCAPACIDADES ADMITIENDO TOTAL Y EXCUSIVA RESPONSABILIDAD POR LOS DATOS CONSIGNADOS Y LAS CONSECUENCIAS EMERGENTES POR OMISIONES Y/O INEXACTITUDES DE LOS MISMOS ACÁ DECLARADOS.

-MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA-

- 1) ¿USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO PARA VER DE LEJOS?: SI NO
- 2) ¿NO VE DE UN OJO O TIENE ESTRABISMO?: SI NO
- 3) ¿PADECE SORDERA Y/O USA AUDÍFONO?: SI NO
- 4) ¿TIENE DISMINUCIÓN DE FUERZA Y/O MOVILIDAD DE MIEMBROS O CUELLO?:..... SI NO
- 5) ¿LE FALTA ALGUN MIEMBRO SUPERIOR O INF. EN FORMA TOTAL O PARCIAL?: SI NO
- 6) ¿PADECE AFECCIONES NEUROLÓGICAS Y/O EPILEPSIA?: SI NO
- 7) ¿TIENE TEMBLORES, VÉRTIGO, MAREOS Y/O DESMAYOS?: SI NO
- 8) ¿PADECE ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, TUVO INFARTOS, ARRITMIAS
USOS DE MARCAPASOS, INSUFICIENCIA CARDÍACA O HIPERTENSIÓN ARTERIAL?:..... SI NO
- 9) ¿TIENE DIABETES O ALGUNA ENFERMEDAD METABÓLICA?: SI NO
- 10) ¿PADECE ENFERMEDADES NERVIOSAS?: SI NO
- 11) ¿PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD NO DETALLADA ?
¿CUALES SON ? POR FAVOR DESCRÍBALAS: SI NO
-
- 12) ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO EN FORMA PERMANENTE?
¿CUALES SON? POR FAVOR DESCRÍBALOS: SI NO
-
- 13) ¿ ES ALÉRGICO A ALGUNA MEDICACION?
¿CUALES SON? POR FAVOR DESCRÍBALAS: SI NO
-
- 14) ¿ES USTED DONSANTE DE ORGANOS?: SI NO
- 15) SU GRUPO SANGUÍNEO: , SU FACTOR RH:

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE DE LA LICENCIA