

FECHA ____/____/____

Dirección de Transito

Ficha Personal de Licencia de Conducir

CATEGORIA: E1 - E2 - D - D1 - D2 - C
TRAER DNI Y FOTOCOPIA

DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre: _____
DNI/LC/LE: _____ Nacionalidad _____
Fecha de Nac: ____/____/____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Domicilio: _____ **Tel:** _____

EXAMEN MEDICO:

(TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

(Declaración Jurada del solicitante)

Grupo Sanguíneo: _____ RH _____ conduce con lentes SI NO

Agudeza Visual: _____

Diabético: SI NO Conduce vehículo adaptado SI NO ALERGICO SI NO

Afecciones: Cardiológicas SI NO Neurológicas SI NO Psicopatológicas SI NO

Utiliza audífonos p/conducir SI NO Visión monocular SI NO

Prótesis SI NO Epilepsia SI NO Donante de órganos SI NO

OBSERVACIONES: _____

APPELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: _____

N° Matricula: _____

Apto: SI - NO

Firma: _____

(El presente formulario de ser firmado por profesional matriculado en la Prov. De Santa Cruz)
DEBERA PRESENTAR CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PARA ACCEEDER A ESTAS LICENCIAS.

OBTENCION DE LICENCIA CATEGORIA PROFESIONAL

POR 5 AÑOS \$44.960,00

N° Recibido de Recaudaciones: _____

Fecha: ____/____/____

-VALIDEZ DEL FORMULARIO TREINTA (30) DIAS-