



FECHA\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dirección de Transito**  
**Ficha Personal de Licencia de Conducir**

CATEGORIA: A1 - B1  
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:\_\_\_\_\_

| APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO: |               |
|-------------------------------|---------------|
| Nº Matricula:                 | Apto: SI - NO |

Firma:\_\_\_\_\_

(El presente formulario de ser firmado por profesional matriculado en la Prov. De Santa Cruz)

**EXAMEN TEORICOS:**

Aprobó **SI - NO**

Apellido y Nombre del Responsable:\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DEVERA PRESENTAR DECLARACION JURADA Y/O AUTORIZACION POR JUZGADO DE PAZ Y COPIA DE QUIEN AUTORIZA.

**OBTENCIÓN DE LICENCIA DE CONDUCIR**  
**PARTICULAR 17 AÑOS**

VALOR POR 1 AÑO \$25.460,00

DNI Nº:\_\_\_\_\_

Nº DE LICENCIA: \_\_\_\_\_

Nº Recibido de Recaudaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

-VALIDEZ DEL FORMULARIO TREINTA (30) DIAS-