



FECHA____/____/____

Dirección de Transito

Ficha Personal de Licencia de Conducir

CATEGORIA: A1 - A2 - A2.2 - B1 - B2

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:_____/_____/_____

EXAMEN TEORICO:

Aprobó SI - NO

Apellido y Nombre:_____

Firma:_____ Fecha:_____/_____/_____

Obtención de Licencia de Conducir Particular

POR 5 AÑOS VALOR: \$24.960,00

Nº Recibido de Recaudaciones:_____

Fecha: ____/____/____

-VALIDEZ DEL FORMULARIO TREINTA (30) DIAS-