



FECHA____/____/____

Dirección de Transito

Ficha Personal de Licencia de Conducir

CATEGORIA: E1 - E2 - D - D1 - D2 - D3 - 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: _____

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)
DEBERA PRESENTAR CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PARA ACCEDER A ESTAS LICENCIAS.

RENOVACION DE LICENCIA DE CONDUCIR PROFESIONAL

POR 5 AÑOS \$42.960,00
POR 4 AÑO \$32.960,00
POR 3 AÑOS \$27.960,00
POR 2 AÑOS \$22.960,00
POR 1 AÑO \$18.720,00

Nº Recibido de Recaudaciones: _____

Fecha: ____/____/____

-VALIDEZ DEL FORMULARIO TREINTA (30) DIAS-