



EXAMEN PRACTICO...../...../...../.....HS.  
EXAMEN TEORICO...../...../...../.....HS.

## **EXAMEN DE CONDUCCION**

Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:.....Profesión:.....

### **EXAMEN MEDICO: Lunes a Viernes 8 Hs. En Palacio Municipal**

✓ **Completar Declaración Jurada de Responsabilidad.(las dos hojas detrás, traerla sin firmar) Indispensable para examen Medico**

- ✓ Grupo Sanguíneo y Factor (Fotocopia de acreditación).
- ✓ Certificado de Domicilio (Policía).
- ✓ En caso de perdida o robo constancia de extravío (policía).
- ✓ Fotocopia de 1° y 2° hoja del D.N.I:
- ✓ Fotocopia CUIL/CUIT
- ✓ Certificado de Libre Multas. (Juzgado de Faltas)
- ✓ Carnet Anterior.
- ✓ Un N° de Teléfono para emergencias de (amigos o familiares).....
- ✓ Certificado de Legalidad. (del organismo donde fue otorgada la licencia).
- ✓ **RENOVACION A PERSONAS CON 60 AÑOS O MÀS: RINDEN EXAMEN PRÀCTICO**

- 
- ✓ Tipo de Carnet: Primer Carnet – Renovación (N°.....)
  - ✓ Seleccionar Una Categoría:
  - ✓ Categorías: **A1 – A2 – A3 – B1 – B2 – C – D1 – D2 – D3 – E1 – E2 – F – G**
  - ✓ Motos 50 cc **A1** – Motos 150 cc **A2** – Motos mas de 150 cc **A3**.
  - ✓ Autos y Camionetas **B1** – Con Remolque **B2** – Camiones sin acoplados **C** – Transporte Pasajeros 8 plazas **D1** – mas de 8 plazas **D2** – Policía, Bomberos, Ambulancias **D3** – Camiones **E1** – Maquinas no Agrícolas **E2** – Discapacitados **F**.
  - ✓ Maquinarias Agrícolas **G**.

Recibo N°.....

La Carlota ...../...../20.....

Firma del Peticionante



MUNICIPALIDAD DE:

CÓDIGO COMUNAL:

LEGAJO N°:

CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

FICHA N°:

FECHA:

## DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la Ley N° 8560 y su Decreto Reglamentario, asumo total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitudes de los mismos.

### DATOS PERSONALES – Escriba con letra imprenta.

Apellido										Nombre																
Domicilio										Nro.			Piso		Dpto		Localidad									
Tipo			N° Documento							Expedido por																
Fecha de nacimiento				Edad			Estado civil					Celular														
Sexo			Grupo Sanguíneo							Factor RH			Es donante de órganos?													

### DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR – Marque con una cruz lo que corresponda.

Aprendizaje		Cambio de Datos	
Revalidación		Cambio de fecha	
Renovación		Extravío o Deterioro	
Cambio de Categoría			

### A.- CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración jurada de salud -Responda SÍ o NO, según corresponda.

a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL.			
1.-¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?		2.-¿Ha recibido transplante de corazón?	
3.- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?		4.-¿Padece asma o Insuficiencia Respiratoria?	
5.-¿Padece hipertensión arterial?		6.-¿Padece de disnea?	
b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.			
7.-¿Padece Hemofilia o trastornos de coagulación?		8.-¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	
9.-¿Padece de anemia?		10.-¿Ha recibido transfusión de plasma?	
c) SISTEMA RENAL.			
11.-¿Padece de enfermedades renales?		12.-¿Ha recibido transplante renal?	
d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS.			
13.-¿Padece diabetes?		14.-¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
15.-¿Padece alguna enfermedad glandular?			



e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR.	
16.-¿Padece de enfermedades encefálicas?	17.-¿Padece de epilepsia?
18.-¿Padece de convulsiones?	19.-¿Padece alteraciones del equilibrio?
20.-¿Padece alguna afección neurológica?	21.-¿Ha padecido pérdida de conocimiento?
22.-¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico?	

f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA.	
23.-¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?	24.-¿Le cuesta controlar sus impulsos?

g) VISIÓN Y AUDICIÓN.	
25.-¿Tiene recetados anteojos ver de para lejos?	26.-¿Tiene recetados lentes de contacto?
27.-¿Le han realizado alguna operación ocular?	28.-¿Padece disminución de la audición?
29.-¿Padece alguna patología auditiva?	30.-¿Usa audífono o implante coclear?

OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30

ALERGIAS.
31.-¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo, detallar en observaciones.
OBSERVACIONES

CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.
32.-¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones
OBSERVACIONES

OTRAS ENFERMEDADES.
33.-¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.
OBSERVACIONES

MEDICACIÓN.
34.-¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones.
35.-¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones.
36.-¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs? En caso afirmativo; observaciones.
OBSERVACIONES

Firma y DNI del Declarante.

Firma y DNI del representante legal o tutor  
(Cuando el declarante sea menor de edad)

Firma y sello del médico.

**Deberá ser remitido al RUPAT.**