

## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR LICENCIA DE CONDUCIR

Nº .....

Apellido y Nombre del menor:.....

DNI. Nº: ..... Fecha de nacimiento:.....

Domicilio: .....

Apellido y nombre del padre:.....

Apellido y nombre de la madre:.....

Los que suscriben, .....

(Apellido y Nombres del Padre)

Tipo y nº de documento.....y .....

(Apellido y Nombres de la madre)

Tipo y nº de documento....., en su carácter de (padre – madre – tutor/a –  
encargado/a) del menor Solicitante, conforme lo dispone el Art. 17º de la Ley Nacional Nº  
24.449 Autorizan al mismo a solicitar la Licencia de conducir, conforme a las pautas  
establecidas en el Art. 11º (Edades mínimas para conducir) de la citada forma y la  
Ordenanza Municipal de adhesión Nº 341/97.-

*(Art. 17º- Ley 24.449 “Menores: Los menores de edad para solicitar Licencia conforme al  
Art. 11º, deben ser autorizados por su representante legal cuya retractación implica para la  
autoridad de expedición de la habilitación, la obligación de anular la Licencia y disponer  
su secuestro si no hubiere sido devuelta).*

**Asumiendo así, la responsabilidad plena y total, de todas las sanciones que se le  
apliquen al menor.**

.....

Firma y Aclaración

.....

Firma y Aclaración

## REQUISITOS CARNET DE CONDUCIR

### RENOVACIÓN:

- Constancia de CUIL
- Certificado del médico que indique buena salud
- Certificado del Oculista
- Completar declaración jurada
- Certificado de Audiometría
- Fotocopia DNI

### CARNET POR PRIMERA VEZ

- Constancia de CUIL
- Grupo Sanguíneo
- Fotocopia DNI
- Certificado de Domicilio
- Certificado del médico que indique buena salud
- Certificado del Oculista
- Completar declaración jurada
- Certificado de Audiometría
- Fotocopia DNI
- Aprobar examen teórico
- Aprobar examen práctico

Si es menor de edad "FOTOCOPIA DNI DE LOS PADRES Y CONSTANCIA QUE AUTORIZA A MANEJAR FIRMADA"

<u>CARNET PARA MOTOS</u>	<del>\$370</del> 500
<u>CARNET PARA VEHICULOS</u>	<del>\$685</del> 975
<u>DUPLICADO</u>	<del>\$315</del> 425
<u>MAYORES DE 65 AÑOS</u>	<del>\$342</del> 463



MUNICIPALIDAD  
DE DEVOTO

Le hacemos justicia

COMUNIDAD REGIONAL/ MUNICIPALIDAD/ COMUNA DE:	
CÓDIGO COMUNAL:	
LEGAJO N°:	CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:
FICHA N°:	FECHA:

### DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Asumo la 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 impresa.

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

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

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Aprendizaje</td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Revalidación</td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Renovación</td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cambio de Categoría</td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Revalidación	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>	Cambio de Categoría	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Cambio de Datos</td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cambio de fecha</td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Extravío o Deterioro</td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Cambio de Datos	<input type="checkbox"/>	Cambio de fecha	<input type="checkbox"/>	Extravío o Deterioro	<input type="checkbox"/>
Aprendizaje	<input type="checkbox"/>														
Revalidación	<input type="checkbox"/>														
Renovación	<input type="checkbox"/>														
Cambio de Categoría	<input type="checkbox"/>														
Cambio de Datos	<input type="checkbox"/>														
Cambio de fecha	<input type="checkbox"/>														
Extravío o Deterioro	<input type="checkbox"/>														

#### A.- DECLARACIÓN JURADA

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 trasplante 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 trasplante 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 audifono 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 Nº de Documento del Declarante.

Firma y Nº de Documento del representante legal o tutor (Cuando el Declarante sea menor de edad)

Firma y sello del médico.



COMUNIDAD REGIONAL/ MUNICIPALIDAD/ COMUNA DE:

CENTRO DE RECONOCIMIENTO:

Nombre y Apellido del examinado: .....

FECHA:

**RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO.**

Colóque una cruz donde corresponda.

APTO	<input type="checkbox"/>	
APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>	(1)
NO APTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	(2)
NO APTO	<input type="checkbox"/>	

Coloque una cruz donde corresponda.

	SI	NO
ES DONANTE DE ÓRGANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3)

En el caso de darse alguna de las opciones numeradas deberá detallarla en Observaciones.

**OBSERVACIONES:**

(1)

(2)

(3)

.....  
Firma y sello del médico.

.....  
Firma y sello del médico.

Original para el examinado.  
Copia deberá ser remitida al RePAT.