

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

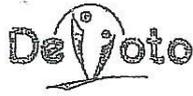
- Constancia de CUIL
- Grupo Sanguíneo
- Fotocopia DNI
- Certificado de Domicilio
- Certificado del médico que indique buena salud
- Certificado del Oculista
- Completar declaración jurada
- Certificado de Audiometría
- Fotocopia DNI
- Aprobar examen teórico
- Aprobar examen práctico

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

<u>CARNET PARA MOTOS</u>	\$370 500
<u>CARNET PARA VEHICULOS</u>	\$685 975
<u>DUPLICADO</u>	\$315 425
<u>MAYORES DE 65 AÑOS</u>	\$842 463



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.

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

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 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 N° de Documento del Declarante.

Firma y N° 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.