



## DECLARACIÓN JURADA SOBRE PADECIMIENTOS DE AFECCIONES

Debe ser completada en forma personal por el solicitante, debiendo saber leer y escribir en el idioma nacional.  
 A los responsables del examen psicofísico: Cumpliendo con el Art. 23 - ítem 7.3 inc) "c" del Decreto Reglamentario de la Ley Provincial de Tránsito N° 13.133, completo la declaración jurada (marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones). La presente debe ser conservada por un mínimo de 5 años.

	Si	No
01 - ¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - ¿Tiene recetados lentes de contacto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - ¿Presenta estrabismo de uno o ambos ojos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - ¿Presenta pérdida parcial/total de la visión de un ojo o usa prótesis? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - ¿Le han realizado alguna operación ocular? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - ¿Presenta dificultad para distinguir los colores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - ¿Padece sordera? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - ¿Padece disminución de audición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - ¿Padece alguna patología auditiva? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
010 - ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
011 - ¿Usa audífono o implante coclear? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
012 - ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
013 - ¿Le falta algún miembro total o parcial? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
014 - ¿Ha sufrido algún traumatismo craneoencefálico con o sin pérdida de conocimiento? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
015 - ¿Padece alguna afección neurológica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
016 - ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico (depresión, esquizofrenia, etc) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
017 - ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
018 - ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
019 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc. _____	<input type="checkbox"/>	(x)
020 - ¿Padece de hipertensión arterial? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
021 - ¿Usa marcapasos, desfibrilador automático, u otro? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
022 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
023 - ¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
024 - ¿Padece de diabetes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
025 - ¿Es insulino dependiente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
026 - ¿Ha estado en forma accidental o profesional en contacto con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
027 - ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
028 - ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
029 - ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
030 - ¿Es alérgico? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
031 - ¿Es alérgico a alguna medicación? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
032 - ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
033 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
034 - ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos, vértigo o temblores musculares? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
035 - ¿Sufre o ha sufrido ataques de epilepsia? _____	<input type="checkbox"/>	(x)
036 - ¿Consumo habitualmente bebidas alcohólicas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
037 - ¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones cantidad de cigarrillos diarios. _____	<input type="checkbox"/>	(x)
038 - ¿Posee jubilación por invalidez? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

El que suscribe afirma que la declaración jurada ha sido completa correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las sanciones previstas en el Art N° 275 del Código Penal - FALSO TESTIMONIO.



CLASE

**Examen Teórico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

**Examen Práctico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

CLASE

**Examen Teórico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

**Examen Práctico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

CLASE

**Examen Teórico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

**Examen Práctico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

CLASE

**Examen Teórico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

**Examen Práctico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

CLASE

**Examen Teórico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

Firma y sello del personal actuante

**Examen Práctico**

FECHA     
 Resultado de examen:  
 APROBADO  NO APROBADO

2º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

3º Prueba: presentarse a partir de:  
 FECHA     
 APROBADO  NO APROBADO

Firma y sello del personal actuante

La Municipalidad/Comuna de ..... hace constar que ha dado cumplimiento con la totalidad de los exámenes que exige la normativa vigente por lo que debe otorgarse la Licencia de Conductor.

FECHA

.....  
Firma y sello aclaratorio.