

Secretaria de Tránsito y Transporte Público  
Licencias de Conducir  
**DECLARACION JURADA OBLIGATORIA DE SALUD**

Nombre/s y Apellido/s: .....

N.º de CUIL: .....Domicilio: .....

Fecha de Nacimiento ...../...../.....

Artículo N° 36: Previo al examen médico los interesados prestarán declaración jurada obligatoria sobre, si ha padecido ninguna de las afecciones que a continuación se detallan

| <b>MARQUE CON UNA CRUZ A LO QUE CORRESPONDE</b>  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Disminución de la fuerza y movilidad de algún miembro o cuello.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Malformaciones, amputaciones u otras afecciones del aparato Locomotor, totales o parciales.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Afecciones cardiovasculares, infartos uso de marcapasos, Insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Enfermedades dismetabólicas, uremia, diabetes, alcoholismo y toxicomanías....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Uso de psicofármacos u otros medicamentos de forma continuada.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Visión monocular, estrabismo, discromatopsia u otra afección oftalmológica Que disminuya la visión .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Uso de lentes de contacto y /o anteojos c/corrección de lejos para manejar.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sordera o hipoacusia de leve a grave y/o uso de audífono.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vértigo, alteraciones del equilibrio., mareos o desmayos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Afecciones neurológicas, temblores, miopatías, disritmia cerebral o epilepsia u otra enfermedad del sistema nervioso central o periférico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Afecciones psíquicas.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Toda otra afección que no permita una segura conducción del o los vehículos Incluidos en la clase de licencia que gestiona.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....  
.....

**1) Declaro bajo juramento que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsificar dato alguno que debe contener y es fiel expresión de la verdad., debiendo comunicar cualquier alteración psico-física que sufra durante la vigencia de la Licencia de Conducir dentro de los 90 días con el alta médica correspondiente.**

**LEY 24.449 - ARTICULO 18.-MODIFICACION DE DATOS. El titular de una licencia de conductor debe denunciar a la brevedad todo cambio de los datos consignados en ella. Si lo ha sido de jurisdicción, debe solicitar otra licencia ante la nueva autoridad jurisdiccional, la cual debe otorgársela previo informe del Registro Nacional de Antecedentes del Tránsito contra entrega de la anterior y por el período que le resta de vigencia. La licencia caduca a los 90 días de producido el cambio no denunciado.**

**2) Declaro bajo juramento no poseer deuda alimentaría.**

**3) En caso de Duplicado/Extravió, declaro bajo juramento no tener mi licencia retenida**

Fecha: ..... Firma: .....

Celular: ..... N.º de Tel.: .....

E-mail: .....