



SECCION LICENCIA DE CONDUCTOR
RODRIGUEZ PEÑA Nº 764
Tel. (03774) 42-3738

SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCTOR

(CARNET NUEVO)

APELLIDO:		VALIDO POR:	AÑOS	
NOMBRES:		CARNET Nº:		
DOMICILIO:		C.U.I.T. / C.U.I.L. Nº: (para carnet profesional)		
L.E./L.C./D.N.I. Nº:		CATEGORIA: <u>PARTICULAR:</u> A – Motocicletas sin límite A1 – Motocicletas hasta 50 cc. A2 – Motocicletas hasta 150 cc. A3 – Motocicletas hasta 300 cc. B – Automóviles y Pick Up F – Automotores adaptados G -Tractores y Máq. Agrícola.	CATEGORIA: <u>PROFESIONAL:</u> C – Camiones sin acoplado y B D -Transporte de pasajeros, emergencia, seguridad y B,C E – Camión c/Acoplado, Maquinaria NO Agrícola y B,C	
FECHA DE NACIMIENTO:				
NACIONALIDAD:				
EXAMEN CLINICO:		REQUISITOS: ✓ D.N.I. y completar el presente formulario. ✓ Para examen teórico y/o menor de 18 años(Padres o responsables) PASAR POR LA OFICINA DEL TRIBUNAL DE FALTAS.(RODRIGUEZ PEÑA Nº 764) ✓ Para examen práctico PASAR POR TALLER MUNICIPAL (JUAN PEDRO SORRIBES S/N) ✓Fotocopia firmada de C.U.I.T. o C.U.I.L. o Constancia de Desempleo – UNICAMENTE PARA CARNET PROFESIONAL.		
ESTADO GENERAL Y AUDICION:				
DEBE USAR AUDIFONOS:	<input type="checkbox"/>			SI / NO
DIABETICO:	<input type="checkbox"/>			SI / NO
CARDIACO:	<input type="checkbox"/>			SI / NO
..... Firma y sello del Profesional Fecha:		DETERMINACION DEL GRUPO SANGUINEO: Grupo: Factor RH: (en letras y signo)		
	 Firma y sello del Bioquímico		

EXAMEN OFTALMOLOGICO:

AGUDEZA VISUAL (con anteojos y/o lentes de contacto cuando corresponda) TOTAL:

OJO DERECHO (Marcar lo que corresponda)

1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

OJO IZQUIERDO (Marcar lo que corresponda)

1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

DEBE USAR ANTEOJOS Y/O LENTES DE CONTACTO PARA CONDUCIR SI / NO

FECHA: Firma y sello del Profesional

EXAMEN PRACTICO: APROBADO CATEGORIA:..... REPROBADO

.....
Mecánico Municipal
Firma y sello

Recibo Nº:
Fecha:
.....
Firma del solicitante