APSV
AGENCIA PROVINCIAL DE SEGURIDAD VIAL
Ministerio de Seguridad

# SOLICITUD LICENCIA UNICA DE CONDUCIR
Ley Provincial 13.133

Señor: Intendente Municipal / Presidente Comunal de.....
El que suscribe se presenta ante Ud. a los efectos de que se sirva tener a bien dar el curso correspondiente a esta solicitud con el objeto de que se le otorgue licencia habilitante para conducir.

**Tipo de trámite**

Original ☐ Renovación ☐ Renovación con ampliación ☐ Ampliación ☐

Ampliación con cambio de clase ☐ Duplicado ☐ Duplicado por cambio de datos ☐ Canje ☐

CLASES ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Completar todos los datos en MAYÚSCULAS y con una letra por casilla.

## DATOS DEL SOLICITANTE

**TIPO DE DOCUMENTO** (Marcar con una cruz el casillero correspondiente)

☐ DNI ☐ LC (Libreta Cívica) ☐ LE (Libreta de Enrolamiento)

NRO. DE DOCUMENTO (1) ☐☐☐☐☐☐☐☐ C IL/CUIT/CDI ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐

APELLIDO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ SEXO: F M (Tachar la que **no** corresponda)

PAIS DE NACIMIENTO NACIONALIDAD

TELEFONO Sin 0 CELULAR Sin 0 y sin 15

EMAIL

GRUPO SANGUINEO ☐ FACTOR RH ☐ DONANTE DE ORGANOS SI NO (Tachar la que **no** corresponda)

## DOMICILIO

LOCALIDAD

CALLE NUMERO

TORRE PISO DPTO

.....

**(Completar si no posee dirección exacta)**

* CALLE ESQUINA

* ENTRE CALLE

* Y CALLE

*** Campos No Obligatorios**

## SOLICITUD Reservado para el Centro

FECHA DE SOLICITUD ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Nº DE TRAMITE: .....

IDENTIFICACION DE SOLICITUD ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (Anular con un guión los espacios sin completar )

Observaciones: .....

Notas:
(1) - Las personas de nacionalidad argentina deberán colocar el Nº de Documento Nacional de Identidad, Libreta Cívica o Libreta de Enrolamiento indefectiblemente.

Este formulario deberá conservarse por un tiempo mínimo de cinco (5) años.

.....
**FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

APSV
AGENCIA PROVINCIAL DE SEGURIDAD VIAL
Ministerio de Seguridad

SANTA FE

## 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 - item 7.3 inc) "c" del Decreto Reglamentario de la Ley Provincial de Tránsito Nº 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? | ☐ | ☐ |
| 02 - ¿Tiene recetados lentes de contacto? | ☐ | ☐ |
| 03 - ¿Presenta estrabismo de uno o ambos ojos? | ☐ | ☐ |
| 04 - ¿Presenta pérdida parcial/total de la visión de un ojo o usa prótesis? | ☐ | ☐ |
| 05 - ¿Le han realizado alguna operación ocular? | ☐ | ☐ |
| 06 - ¿Presenta dificultad para distinguir los colores? | ☐ | ☐ |
| 07 - ¿Padece sordera? | ☐ | ☐ |
| 08 - ¿Padece disminución de audición? | ☐ | ☐ |
| 09 - ¿Padece alguna patología auditiva? | ☐ | ☐ |
| 010 - ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído? | ☐ | ☐ |
| 011 - ¿Usa audífono o implante coclear? | ☐ | ☐ |
| 012 - ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello? | ☐ | ☐ |
| 013 - ¿Le falta algún miembro total o parcial? | ☐ (x) | ☐ |
| 014 - ¿Ha sufrido algún traumatismo cráneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento? | ☐ | ☐ |
| 015 - ¿Padece alguna afección neurológica? | ☐ | ☐ |
| 016 - ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico (depresión, esquizofrenia, etc) | ☐ | ☐ |
| 017 - ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico? | ☐ | ☐ |
| 018 - ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica? | ☐ (x) | ☐ |
| 019 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc. | ☐ (x) | ☐ |
| 020 - ¿Padece de hipertensión arterial? | ☐ | ☐ |
| 021 - ¿Usa marcapasos, desfribilador automático u otro? | ☐ | ☐ |
| 022 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo? | ☐ (x) | ☐ |
| 023 - ¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación? | ☐ | ☐ |
| 024 - ¿Padece de diabetes? | ☐ | ☐ |
| 025 - ¿Es insulino dependiente? | ☐ | ☐ |
| 026 - ¿Ha estado en forma accidental o profesional en contacto con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)? | ☐ (x) | ☐ |
| 027 - ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua? | ☐ (x) | ☐ |
| 028 - ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación? | ☐ (x) | ☐ |
| 029 - ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado? | ☐ (x) | ☐ |
| 030 - ¿Es alérgico? | ☐ (x) | ☐ |
| 031 - ¿Es alérgico a alguna medicación? | ☐ (x) | ☐ |
| 032 - ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada? | ☐ (x) | ☐ |
| 033 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? | ☐ | ☐ |
| 034 - ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos, vértigo o temblores musculares? | ☐ | ☐ |
| 035 - ¿Sufre o ha sufrido ataques de epilepsia? | ☐ (x) | ☐ |
| 036 - ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? | ☐ | ☐ |
| 037 - ¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones cantidad de cigarrillos diarios. | ☐ (x) | ☐ |
| 038 - ¿Posee jubilación por invalidez? | ☐ | ☐ |

**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 Nº 275 del Código Penal - FALSO TESTIMONIO.**

_____

**Firma y Aclaración del Solicitante**