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) ☐☐☐☐☐☐☐☐ CUIL/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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

* Campos No Obligatorios * Y CALLE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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