

DECLARACIÓN JURADA

Avellaneda,

20

.-

-	-
Apellido y Nombre/s	C.U.I.L./C.U.I.T.

	SI	NO			
Edad	Donante CUCAI		Tel. Particular	Tel. Móvil	Correo electrónico

Cumpló con el REQUISITO de SABER LEER y ESCRIBIR , según lo establece el <i>Artículo 10° del Decreto Reglamentario 532/09</i> .	SI	NO
---	-----------	-----------

DECLARO que **TOMO CONOCIMIENTO** y **ME NOTIFICO** de lo normado en el **Artículo Nº 17 del Decreto Nº 532/09** que reglamenta la **Ley de Tránsito de la Provincia de Bs. As. Nº 13.927**, el cual establece que de producir cualquier modificación en los datos declarados, **DEBERÉ DENUNCIARLO** a la brevedad ante la **Autoridad Jurisdiccional**, solicitando el **REEMPLAZO** de la Licencia de Conducir. De no hacerlo, a los **90 días** de producida cualquier **modificación** de los datos declarados, la **LICENCIA CADUCA** y **DEBERÁ SER RETENIDA** según lo establece el **Artículo Nº 37 de la Ley Nº 13.927**, **no pudiendo conducir ningún tipo de vehículo en el ámbito de la República Argentina**, hasta no obtener una nueva **Licencia de Conducir**.

VEHÍCULO PARA RENDIR LA PRUEBA DE MANEJO	RESPECTO del ASPIRANTE
<p>Declaro conocer y ACEPTO, que el vehículo con el que rendiré la PRUEBA de MANEJO, deberá contar con la siguiente documentación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) CÉDULA de IDENTIFICACIÓN del automotor, VERDE o AZUL, según corresponda. 2) Comprobante del seguro automotor VIGENTE + PÓLIZA. 3) V.T.V. (Verificación Técnica Vehicular) VIGENTE e Informe de Inspección. 4) Constancia de PATENTES abonadas. <p>Su conductor deberá portar D.N.I., y Licencia de Conducir HABILITANTE para el tipo de vehículo que conduce.</p>	<p>Declaro conocer y ACEPTO, que NO DEBO NI PUEDO concurrir conduciendo NINGÚN TIPO de VEHÍCULO MOTORIZADO, si me encuentro gestionando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una Licencia de Conducir para la categoría ORIGINAL PRINCIPIANTE. - La RENOVACIÓN de un Licencia de Conducir que se encuentra VENCIDA. - Un DUPLICADO de la Licencia de Conducir por EXTRAVÍO, PÉRDIDA, DETERIORO o ROBO. - Si mi Licencia NO ME HABILITA a conducir el vehículo.

DECLARO CONOCER y **ACEPTAR** que es **REQUISITO**, rendir la **PRUEBA de MANEJO, EXCLUSIVAMENTE**, con el/los **VEHÍCULO/S** apropiados para las **CLASES** de **Licencia de Conducir** que pretendo obtener o solicito **AMPLIAR**, no pudiendo hacerlo con vehículo/s cuyas características no respondan a las exigencias **REGLAMENTARIAS** de la/s **CLASE/S** solicitada/s.

Visto lo establecido en la **LEY Nº 13.074** Artículo Nº 5 Inciso "C" **DECLARO NO SER DEUDOR ALIMENTARIO MOROSO**.

Con lluvia, NO SE TOMAN PRUEBAS de MANEJO con NINGÚN TIPO de VEHÍCULO

DECLARO BAJO JURAMENTO que toda la documentación presentada para solicitar la **Licencia de Conducir** se encuentra **VIGENTE** y que los datos consignados son veraces y actualizados.

DECLARO que el Documento Nacional de Identidad presentado es el último expedido por el Registro Nacional de las Personas.	SÍ	NO
---	-----------	-----------

Apellido y Nombres	Firma

DECLARACIÓN JURADA

Avellaneda,

20 .-

Sobre Afecciones, Padecimiento y/o Ingesta de Medicamentos - DISPOSICIÓN N° 09/2010

CONCEPTO		SÍ	NO	
1	¿Es alérgico/a?			*
2	¿Toma psicofármacos?			*
3	¿Toma algún otro medicamento en forma continua o discontinua?			*
4	¿Ha padecido pérdida conocimiento, mareos, desmayos, vértigo, trastornos del equilibrio, o zumbido en los oídos?			*
5	¿Padece ASMA, E.P.O.C. o alguna otra insuficiencia respiratoria?			*
6	¿Padece o Padeció alguna enfermedad cardíaca? (malformaciones congénitas, fiebre reumática, afecciones valvulares, arritmia, infarto, etc.)			*
7	¿Padece hipertensión arterial?			
8	¿Usa marcapasos / cardiodisfibrilador?			
9	¿Padece hemofilia o algún trastorno de coagulación de la sangre?			
10	¿Padece enfermedades tales como uremia o diabetes?			
11	¿Es insulino dependiente?			
12	¿Ha estado en contacto con materiales peligrosos como sustancias radioactivas, plaguicidas u otros productos químicos tóxicos o reactivos, en forma accidental o por necesidad laboral o profesional?			*
13	¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, aparato digestivo o vías urinarias?			*
14	¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico, con o sin pérdida de conocimiento?			
15	¿Padece alguna afección neurológica?			
16	¿Padece epilepsia?			
17	¿Está o estuvo en tratamiento psicológico?			
18	¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico?			
19	¿Tuvo alguna internación por causas psicológicas o psiquiátricas?			*
20	¿Le falta algún miembro inferior y/o superior en forma parcial o total?			*
21	¿Presenta disminución de fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello?			
22	¿Es ciego de un ojo o posee prótesis ocular?			
23	¿Tiene uno o ambos ojos desviado/s? (Estrabismo)			
24	¿Le han realizado alguna intervención ocular?			
25	¿Confunde los colores?			
26	¿Usa y/o tiene recetado anteojos para ver de lejos?			
27	¿Usa y/o tiene recetado lentes de contacto para ver de lejos?			
28	¿Padece hipoacusia o sordera? -incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos-			
29	¿Padece disminución de la audición o alguna otra patología auditiva?			
30	¿Le han realizado alguna cirugía en el / los oído/s?			
31	¿Utiliza audífono/s o implante coclear?			
32	¿Padece o tiene alguna otra discapacidad no detallada?			*
33	¿Padece o padeció alguna otra enfermedad que no haya declarado?			*
34	¿Padece adicciones tales como alcoholismo o toxicomanía?			*

(*) Si la respuesta es afirmativa deberá especificar:

El/La que suscribe, afirma que esta **DECLARACIÓN JURADA** ha sido confeccionada personalmente, sin falsear ni omitir dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

D.N.I. N°	Apellido y Nombres	Firma