

**DECLARACIÓN JURADA**

 Avellaneda, 

		20	.-
--	--	----	----

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

	SI	NO			
<b>Edad</b>	<b>Donante CUCAI</b>		<b>Tel. Particular</b>	<b>Tel. Móvil</b>	<b>Correo electrónico</b>

Cumpló con el <b>REQUISITO</b> de <b>SABER LEER y ESCRIBIR</b> , según lo establece el <b>Artículo 10° del Decreto Reglamentario 532/09</b> .	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
Declaro conocer y <b>ACEPTO</b> , que el vehículo con el que rendiré la <b>PRUEBA</b> de <b>MANEJO</b> , deberá contar con la siguiente documentación: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>CÉDULA</b> de <b>IDENTIFICACIÓN</b> del automotor, <b>VERDE</b> o <b>AZUL</b>, según corresponda.</li> <li>2) <b>Comprobante</b> del seguro automotor <b>VIGENTE + PÓLIZA</b>.</li> <li>3) <b>V.T.V.</b> (<b>Verificación Técnica Vehicular</b>) <b>VIGENTE</b> e <b>Informe de Inspección</b>.</li> <li>4) <b>Constancia</b> de <b>PATENTES</b> abonadas.</li> </ol> Su conductor deberá portar <b>D.N.I.</b> , y <b>Licencia de Conducir HABILITANTE</b> para el tipo de vehículo que conduce.	Declaro conocer y <b>ACEPTO</b> , que <b>NO DEBO NI PUEDO</b> concurrir conduciendo <b>NINGÚN TIPO</b> de <b>VEHÍCULO MOTORIZADO</b> , si me encuentro gestionando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una Licencia de Conducir para la categoría <b>ORIGINAL PRINCIPIANTE</b>.</li> <li>- La <b>RENOVACIÓN</b> de un Licencia de Conducir que se encuentra <b>VENCIDA</b>.</li> <li>- Un <b>DUPLICADO</b> de la Licencia de Conducir por <b>EXTRAVÍO, PÉRDIDA, DETERIORO</b> o <b>ROBO</b>.</li> <li>- Si mi Licencia <b>NO ME HABILITA</b> a conducir el vehículo.</li> </ul> <b>DECLARO TENER CONOCIMIENTO</b> que para poder acceder a una clase profesional debo cumplir con el requisito de ser mayor de <b>21 años de edad</b> , tener <b>Licencia de Conducir habilitante</b> a la clase <b>B.1</b> por al menos un año y presentar el <b>Certificado de Antecedentes Penales</b>

**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 Nº 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 / cardiodesfibrilador?			
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? <i>-incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos-</i>			
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. Nº	Apellido y Nombres	Firma