

DECLARACIÓN JURADA

Avellaneda,

20 .-

		Nº documento	
		-	-
Apellido y Nombre/s		C.U.I.L./C.U.I.T.	

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

Cumplo con el REQUISITO de SABER LEER y ESCRIBIR, según lo establece el Artículo 10° del Decreto Reglamentario 532/09.	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.**

Una vez cumplido con todos los REQUISITOS REGLAMENTARIOS, me será otorgada la LICENCIA de CONDUCIR con la CATEGORÍA y CLASES que se detallan a continuación:

Categoría:									
Original principiante	Original NO principiante	Renovación	Ampliación	Duplicado	Reemplazo				
Clases:									
.....									

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?			*
4	¿Toma psicofármacos?			*
5	¿Toma algún otro medicamento en forma continua o discontinua?			*
6	¿Ha padecido pérdida conocimiento, mareos, desmayos, vértigo, trastornos del equilibrio, o zumbido en los oídos?			*
7	¿Padece ASMA, E.P.O.C. o alguna otra insuficiencia respiratoria?			*
8	¿Padece o Padeció alguna enfermedad cardíaca? (malformaciones congénitas, fiebre reumática, afecciones valvulares, arritmia, infarto, etc.)			*
9	¿Padece hipertensión arterial?			
10	¿Usa marcapasos / cardiodesfibrilador?			
11	¿Padece hemofilia o algún trastorno de coagulación de la sangre?			
12	¿Padece enfermedades tales como uremia o diabetes?			
13	¿Es insulino dependiente?			
14	¿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?			*
15	¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, aparato digestivo o vías urinarias?			*
16	¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico, con o sin pérdida de conocimiento?			
17	¿Padece alguna afección neurológica?			
18	¿Padece epilepsia?			
19	¿Está o estuvo en tratamiento psicológico?			
20	¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico?			
21	¿Tuvo alguna internación por causas psicológicas o psiquiátricas?			*
22	¿Le falta algún miembro inferior y/o superior en forma parcial o total?			*
23	¿Presenta disminución de fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello?			
24	¿Es ciego de un ojo o posee prótesis ocular?			
25	¿Tiene uno o ambos ojos desviado/s? (Estrabismo)			
26	¿Le han realizado alguna intervención ocular?			
27	¿Confunde los colores?			
28	¿Usa y/o tiene recetado anteojos para ver de lejos?			
29	¿Usa y/o tiene recetado lentes de contacto para ver de lejos?			
30	¿Padece hipoacusia o sordera? -incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos-			
31	¿Padece disminución de la audición o alguna otra patología auditiva?			
32	¿Le han realizado alguna cirugía en el / los oído/s?			
33	¿Utiliza audífono/s o implante coclear?			
34	¿Padece o tiene alguna otra discapacidad no detallada?			*
35	¿Padece o padeció alguna otra enfermedad que no haya declarado?			*
36	¿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