

DIRECCIÓN DE TRÁNSITO MUNICIPAL

Santiago del Estero,de.....del 2.00.....

Señor
DIRECTOR DE TRÁNSITO MUNICIPAL
SU DESPACHO

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar la evaluación médica y teórico-práctica para el otorgamiento de la Licencia de Conducir.

CLASES DE LICENCIAS DE CONDUCIR

A.1.	A2.1	A2.2	A.3.	B.1.	B.2.	C.	D.1.	D.2.	D.3.	E.1.	E.2.	F.	G.1.	G.2.

DECLARACIÓN JURADA

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:/...../.....Edad:Sexo:

Nacionalidad:.....Estado civil:

Documento L.E./L.C./D.N.I./Pasaporte/ N°Profesión:

Domicilio:.....

Barrio:.....Teléfono:

Grupo Sanguíneo	RH	Diabético	Cardíaco	Usa Anteojos	Usa Audífonos	Donante de Órganos	Alérgico a medicamentos

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

EXAMEN MÉDICO

Profesional interviniente:.....Resultado General del Examen: APTO / NO APTO

Estudios complementarios:.....Resultado del Estudio:

EXAMEN TEÓRICO

Examinador interviniente:Resultado General del Examen: Puntaje:

EXAMEN PRÁCTICO

Examinador interviniente:.....Resultado General del Examen: Puntaje:

Requisitos:

Fotocopia 1° y 2° hoja del D.N.I. – Certificado de Buena Conducta – Certificado de Residencia