



DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Nombre/s y Apellido/s.....

Número de Documento:.....Domicilio:.....

Tel. Celular:.....Fecha de Nacimiento:.....

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE

	SI	NO
*Donante del CUCAI _____
*Disminución de la fuerza y movilidad de algún miembro o cuello _____
*Malformaciones, amputaciones u otras afecciones del aparato Locomotor totales o parciales _____
*Afecciones cardiovasculares, infartos uso de marcapaso, Insuficiencia Cardíaca, e hipertensión arterial _____
*Enfermedades dismetabólica, uremia, diabetes, alcoholismo y Toxicomanías _____
*Uso de psicofármacos u otros medicamentos en forma continuada _____
*Visión monocular, estrabismo, discromatopsia u otra afección Oftalmológica que disminuya la visión, uso de lentes de contacto y/o anteojos _____
*Sordera o hipoacusia de leve a grave y/o uso de audífono _____
*Vértigo, alteraciones de equilibrio, mareos o desmayos _____
*Afecciones neurológicas, temblores, miopatías, disritmia cerebral Epilepsia u otra enfermedad del sistema nervioso central o periférico _____
*Afecciones psíquicas _____
*Toda otra afección que no permita una segura conducción de los Vehículos incluidos en la clase de licencia que se gestiona _____

Declaro bajo juramento que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsificar dato alguno que debe contener y es fiel expresión de la verdad.

Declaro bajo juramento no poseer deuda alimentaria.

Fecha:.....Firma:.....Aclaración:.....