



ANEXO I – Modelo de Declaración Jurada.

DECLARACION JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

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

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

Teléfono:.....Fecha de Nacimiento:.....

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE

- | | SI | NO |
|---|-----|-----|
| • 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 o epilepsia u otra enfermedad del sistema nervioso central o periférico..... | () | () |
| • Afecciones psíquicas..... | () | () |
| • Toda otra afección que no permita una segura conducción del o 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:.....