

DECLARACION JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Nombre y Apellido/s _____

Número de Documento _____

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE

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

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 _____