



FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

NOMBRE/S Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE	SÍ	NO
DONANTE DEL INCUCAI		
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 MARCAPASOS, INSUFICIENCIA CARDÍACA O HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
ENFERMEDADES DISMETABÓLICAS, UREMIA, DIABETES, ALCOHOLISMO O TIXICOMANÍAS		
USO DE PSICOFÁRMACOS U OTROS MEDICAMENTOS EN FORMA CONTINUADA		
VISIÓN MONOCULAR, ESTRABISMO, DICROMATOPSIA 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 PERFÉRICO		
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 NO POSEER DEUDA ALIMENTARIA		

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA PRESENTE SE HA CONFECCIONADO SIN OMITIR
NI FALSIFICAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER Y ES FIEL EXPRESIÓN DE VERDAD.**

FECHA-----
FIRMA-----
ACLARACIÓN