

TRAMITE DE SOLICITUD DE CARNET DE CONDUCIR

- COMPLETAR LA PLANILLA A MAQUINA Y/O MANUSCRITA CON LETRA CLARA (ANTES DE SOLICITAR TURNO AL SAMCO)
- **EXAMEN PSICOFISICO EN SAMCO LOCAL - TURNOS AL TE. 420027 -INTERNO 208 O PERSONALMENTE - PAGO DE TASA ADMINISTRATIVA SEGÚN CLASE DE LICENCIA.**
- FOTOCOPIA DE GRUPO SANGUÍNEO CERTIFICADO POR BIOQUÍMICO (EN CASO DE CARNET NUEVO)
- FOTOCOPIA DE DOCUMENTO (1º Y 2º HOJA Y DOMICILIO ACTUALIZADO) **DEBE PRESENTARSE MUNIDO DEL ORIGINAL.**
- FOTOCOPIA DE LICENCIA ANTERIOR DE AMBOS LADOS (DEBE PRESENTAR LA LICENCIA ORIGINAL)
- CONSTANCIA DE APTO / NO APTO **(esto lo debe hacer al momento de retirar esta planilla)**
- CHARLAS DE APOYO PARA CARNET DE CONDUCTOR: **DÍAS LUNES 20:30 HS, MARTES 08:30HS O MIÉRCOLES 20:30 HS (CALLE SARMIENTO 1920)**
- EXÁMENES TEÓRICOS / PRÁCTICOS, LOS DÍAS LUNES, MIÉRCOLES, JUEVES Y VIERNES DE 07:30 A 12:30 HS. Y LOS SÁBADOS POR TURNOS ANTERIORMENTE SOLICITADOS DE 08:00 A 12:00HS
- CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA VIAL (LIBRE DE MULTAS) SI ES DE OTRA LOCALIDAD.
- PARA CLASES DE D1. Y D2. (ÚNICAMENTE) CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES EXPEDIDA POR POLICÍA - U.R.XI.
- PARA TRAMITE DI Y D2, LIBRETA DE SANIDAD CORRESPONDIENTE A CADA SERVICIO, TRAMITADA EN EL SAMCO LOCAL
- LA/S FOTO/S PARA LA/S LICENCIA/S SE SACAN EN EL MUNICIPIO, ESTÁN INCLUIDAS EN EL COSTO DEL CARNET.
- **En el caso de autorización para el menor, si este tiene uno de sus progenitores fallecido, adjuntar fotocopia de acta de defunción, por otros casos consultar.**
- **En caso de emancipación traer fotocopia v presentar el original.**

REQUISITOS A PRESENTAR PARA RENDIR EXAMEN PRACTICO CONDUCTIVO

1. Requisitos legales del vehículo:		
	Cédula del Automotor	Eliminatorio
	Póliza de Seguro	Eliminatorio
	Recibo de última patente pago	Eliminatorio
	Revisión Técnica (si correspondiere)	Eliminatorio
	Oblea de GNC	Eliminatorio
2. Elementos de seguridad:		
	Luces de giro en perfecto funcionamiento	Eliminatorio
	Luces de posición, bajas y altas en	Eliminatorio
	Luz de freno	Eliminatorio
	Espejos retrovisores	Eliminatorio
	Chapas patentes	Eliminatorio
(*)	Casco homologado	Eliminatorio
	Cinturones de seguridad	Eliminatorio
	Matafuegos normalizado amarrado	Eliminatorio
	Botiquín de primeros auxilios	Eliminatorio
	Sábana blanca	Eliminatorio
	Barra de arrastre	Eliminatorio
	Balizas normalizadas	Eliminatorio
	Vehículo con adaptación especial (solo clase	Eliminatorio

(*) Exigibles para motovehículos



Municipalidad de Esperanza
Provincia de Santa Fe

Seguimiento del trámite de Licencia

Fecha

Apellidos y Nombre del Solicitante: _____

Tipo y Nrp. De Documento: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Licencia Solicitada Clase **Alta** **Renovación**

Firma Responsable de Oficina

Firma del Solicitante

Pago Realizado

Importe

Nº Recibo

Fecha

Libre Multas Fecha

Persona Actuante:

Firma Digitalizada Fecha

Persona Actuante:

Fotos Fecha

Persona Actuante:

Declaracion de NO APTO Si No

Charla de Educación Vial

Fecha

Participó: Si No

Firma y Sello del Personal Actuante

Examen Psicofísico

Fecha Resultado: **APTO**

NO APTO

INTERCONSULTA**

NO APTO

TEMPORARIO*

*NO APTO TEMPORARIO debe presentarse antes del día / / si no, será considerado NO APTO

**Se requiere INTERCONSULTA o examen complementario sobre patología

Firma y Sello del Médico Director

En el día de la fecha recibo informe de interconsulta solicitada oportunamente sobre patología _____ realizada por el Dr. _____, Médico especialista cuyo informe se adjunta a la documentación del solicitante.

Resultado: **APTO**

NO APTO

Firma y Sello del Médico Director

Examen Teórico

Fecha: Resultado 1 APTO NO APTO

Firma y Sello de personal Actuante

Debe presentarse nuevamente en fecha:

Resultado 2 APTO NO APTO

Firma y Sello de personal Actuante

Debe presentarse nuevamente en fecha:

Resultado 3 APTO NO APTO

Firma y Sello de personal Actuante

Examen Teórico

Fecha: Resultado 1 APTO NO APTO

Firma y Sello de personal Actuante

Debe presentarse nuevamente en fecha:

Resultado 2 APTO NO APTO

Firma y Sello de personal Actuante

Debe presentarse nuevamente en fecha:

Resultado 3 APTO NO APTO

Firma y Sello de personal Actuante

Examen Psíquico(para las clases D1,D2,C,E1 y E2)

<input type="checkbox"/>	Tiempo de Reaccion	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Coordinación Motriz	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Inteligencia	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Salud Mental	<input type="text"/>

Resultado 2 APROBADO NO APROBADO

Firma y Sello del profesional en Salud Mental

La Municipalidad (Comuna) de _____ hace constar que se ha dado cumplimiento con la totalidad de los exámenes, que exige el art.de la Ley Prov. de Tránsito, por lo que debe acordarse la Licencia de Conductor.

Fecha

Firma y Sello de personal Actuante

DECLARACIÓN JURADA SOBRE PADECIMIENTOS DE AFECCIONES

Debe ser completada en forma personal por el solicitante, debiendo el mismo saber leer y escribir en el idioma nacional.

A los responsables del examen psico fisisico: Cumpliendo con el Art. 14 del Decreto N° 2311 /99, completo la declaración jurada (marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones)

- | | |
|--|------------------------------|
| 1- ¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos? | <input type="checkbox"/> |
| 2- ¿Tiene recetado lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> |
| 3- ¿Tiene ojos desviados? | <input type="checkbox"/> |
| 4- ¿Es ciego de un ojo o tiene prótesis? | <input type="checkbox"/> |
| 5- ¿Le han realizado alguna operación ocular? | <input type="checkbox"/> |
| 6- ¿Confunde colores? | <input type="checkbox"/> |
| 7- ¿Padece sordera? | <input type="checkbox"/> |
| 8- ¿Padece disminución de audición? | <input type="checkbox"/> |
| 9- ¿Padece alguna patología auditiva? | <input type="checkbox"/> |
| 10- ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído? | <input type="checkbox"/> |
| 11- ¿Usa audífono o implante coclear? | <input type="checkbox"/> |
| 12- ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello? | <input type="checkbox"/> |
| 13- ¿Le falta algún miembro total o parcial? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 14- ¿Ha sufrido algún traumatismo craneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento? | <input type="checkbox"/> |
| 15- ¿Padece alguna afección neurológica? | <input type="checkbox"/> |
| 16- ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiá? | <input type="checkbox"/> |
| 17- ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico? | <input type="checkbox"/> |
| 18- ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 19- ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc | <input type="checkbox"/> (X) |
| 20- ¿Padece de hipertensión arterial? | <input type="checkbox"/> |
| 21- ¿Usa marcapasos? | <input type="checkbox"/> |
| 22- ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñon, vías urinarias, aparato digestivo? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 23- ¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación? | <input type="checkbox"/> |
| 24- ¿Padece de diabetes? | <input type="checkbox"/> |
| 25- ¿Es insulino dependiente? | <input type="checkbox"/> |
| 26- ¿Ha estado en forma accidental o profesional en contacto con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)? | <input type="checkbox"/> |
| 27- ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 28- ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 29- ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 30- ¿Es alérgico? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 31- ¿Es alérgico a alguna medicación? | <input type="checkbox"/> (X) |
| 32- ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada? | <input type="checkbox"/> |
| 33- ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? | <input type="checkbox"/> |
| 34- ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos? | <input type="checkbox"/> |

Observación.....

El que suscribe afirma que la declaración jurada ha sido completada correctamente, sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

Fecha: _____ Firma _____ Sello aclaratorio _____

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD

Certifico que el solicitante _____ en base a la declaración jurada y a los exámenes Psicofísicos que exige el art. 14 de la ley 24.449 a la que la Provincia adhirió mediante la ley de Tránsito N° 11.583 y la reglamentación de la misma mediante Decreto N° 2311/99, resulta (tachar lo que no corresponda)

APTO PARA CONDUCIR
 NO APTO PARA CONDUCIR
 SE REQUIERE INTERCONSULTA O EXAMEN COMPLEMENTARIO para determinar
 APTITUD. Resultado de la misma:
 Observación:

Fecha _____ Firma _____ Sello aclaratorio _____
 La Municipalidad (Comuna) de _____, hace constar que se ha dado cumplimiento con la totalidad de los exámenes, que exige el art. 14 de la Ley Prov. de Tránsito, por lo que debe acordarse la licencia de conductor.

Fecha _____ Firma y Sello aclaratorio _____

Este formulario debe conservarse por un tiempo mínimo de cinco (5) años.