DECLARACION JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Nombre/s y Apellido/s:……..

Número de Documento: …… Domicilio:…….

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

Email:…….. CUIL:……

MARQUE CON UN CRUZ LO QUE CORRESPONDE

SI - NO

- Donante de CUCAI……..( ) ( )
- Disminución de la fuerza y movilidad de algún miembro o cuello……( ) ( )
- Malformaciones, amputaciones u otras afecciones del aparato locomotor totales ó parciales……..( ) ( )
- Afecciones cardiovasculares, infartos uso de marcapaso, insuficiencia cardiaca, 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:……