Municipalidad de
NASCHEL

EXAMEN MEDICO PARA CARNET DE CONDUCIR

Usa anteojos y/o lentes de contacto	SI	NO
Usa audífono	SI	NO
Usa prótesis	SI	NO
Es alérgico	SI	NO
Es diabético	SI	NO
Es donante de órganos	SI	NO
Presión Arterial	MAX.	MIN.

Observaciones:_
_____

Por la presente certifico que el Sr/a._____
D.N.I Nº_____ Edad____años, GRUPO SANGUÍNEO:_____FACTOR RH:_____ ante el examen clínico general observado que SI---NO presenta aptitudes físicas para conducir. Se extiende el mismo para ser presentado ante las autoridades de la Municipalidad de Naschel.

FIRMA DEL PROFESIONAL MEDICO

D	M	AÑO

REQUISITOS:

PARA PRIMER CARNET DE CONDUCIR:
CERTIFICADO DE GRUPO SANGUINEO
COPIA DEL DNI
LIBRE DEUDA JUZGADO DE FALTAS

PARA ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS:
CERTIFICADO DEL GRUPO SANGUINEO
ELECTROCARDIOGRAMA
CONTROL OFTALMOLOGICO

02656491025
Calle Belgrano 498
municipalidad@naschel.gov.ar
www.naschel.gov.ar