



**DECLARACION JURADA OBLIGATORIA DE SALUD**

Nombre/s y apellido/s:.....

Documento Nro:.....Fecha de nacimiento:...../...../.....

Domicilio:.....

Localidad:.....Teléfono/Celular:.....

**MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE** **SI NO**

Donante del CUCAI..... ( ) ( )

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 marcapaso, insuficiencia cardíaca, y/o hipertensión arterial..... ( ) ( )

Enfermedades dismetabólicas, 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 del 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..... ( ) ( )

Grupo sanguíneo:..... FACTOR RH: .....

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:.....