



SOLICITUD PARA REGISTRO DE CONDUCTOR DE AUTOMOTORES

APELLIDO:

NOMBRE: L.E./L.C./DNI N°:

NACIONALIDAD: ESTADO CIVIL:

FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: AÑOS.-

Pampa del Infierno, de 2017

.....
FIRMA SOLICITANTE

FICHA DE RECONOC. MEDICO PARA OBTENER REGISTRO DE CONDUCTOR

EXAMEN CLINICO:..... OIDO:..... VISTA:.....

OBSERVACIONES:.....

.....

Pampa del Infierno, de 2017

.....
Firma y Sello

ANALISIS DE GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH:

GRUPO:..... FACTOR RH:.....

Pampa del Infierno, de 2017

.....
Firma y Sello

REGISTRO DE CONDUCTOR N°: CATEGORIA:

FECHA DE OTORGAMIENTO: VTO:

.....
INTERVINO