



Municipalidad de la Ciudad de Asunción  
Dirección General de la Policía Municipal  
Dirección de Tránsito y Transporte

# SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR (DECLARACIÓN JURADA)

Fecha

**Señor**  
**Intendente Municipal**  
**Presente**

El que suscribe, ..... con Documento/C.I.C.  
Nº ..... viene a solicitar quanto sigue:

<b>1. MOTIVO DE LA SOLICITUD</b>	
<input type="checkbox"/> Obtención nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de Categoría <input type="checkbox"/> Constancia de Posesión <input type="checkbox"/> Emisión de Duplicado <input type="checkbox"/> Cancelación	
<b>2. CATEGORÍAS DE LICENCIAS DE CONDUCIR</b>	
<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Profesional "A" <input type="checkbox"/> Profesional "A" Superior <input type="checkbox"/> Profesional "C" <input type="checkbox"/> Profesional "D" <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Profesional "B" <input type="checkbox"/> Profesional "B" Superior <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Otros	
<b>3. DATOS DEL SOLICITANTE</b>	
Nombres y Apellidos <span style="float: right;">DOC/ C.I.C. N°</span>	
Dirección Particular <span style="float: right;">Nº casa</span>	
Edificio <span style="float: right;">Teléf. Particular</span>	
Grupo Sanguíneo <span style="float: right;">Donante de Órganos</span>	
Correo electrónico <span style="float: right;">Fecha de Nacimiento</span>	
Nacionalidad <span style="float: right;">Sexo</span>	
Registro Municipal - RMC N° <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	
<b>4. SI EL SOLICITANTE ES EXTRANJERO</b>	
Cedula de Identidad N° <span style="float: right;">Pasaporte N°</span>	
Carnet de Diplomático N°(Expedido por MRE) <span style="float: right;">DOC/ C.I.C. N°</span>	
CARNET de:	
<input type="checkbox"/> Radicación Permanente <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Radicación Temporal</span>	
<b>5. DATOS DEL AUTORIZADO</b> (solo para cancelación/ por muerte, discapacidad o ausencia del Titular )	
Nombres y Apellidos <span style="float: right;">DOC/ C.I.C. N°</span>	
Dirección Particular <span style="float: right;">Nº casa</span>	
Correo electrónico <span style="float: right;">Teléfono</span>	
Ciudad <span style="float: right;">País</span>	
<b>6. DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR</b>	
Nº Licencia de Conducir <span style="float: right;">Expedido por el Municipio de</span>	
_____ <span style="float: right;">País</span>	

**7. DATOS REQUERIDOS PARA LA HABILITACIÓN DE LICENCIA DE CONDUCIR**

Nº	PADECIMIENTO DE AFECCIONES Y/O ADICCIONES	Si	No
1	¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos?		
2	¿Tiene recetado lentes de contacto?		
3	¿Presenta pérdida parcial o total de la visión de un ojo o usa prótesis?		
4	¿Le han realizado alguna operación ocular?		
5	¿Presenta dificultad para distinguir colores?		
6	¿Padece sordera?		
7	¿Padece disminución de audición?		
8	¿Padece alguna patología auditiva?		
9	¿Le han realizado alguna cirugía en el oído?		
10	¿Usa audífonos?		
11	¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello?		
12	¿Le falta algún miembro total o parcial?		
13	¿Ha sufrido algún traumatismo de cráneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento?		
14	¿Padece alguna afección neurológica?		
15	¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico (depresión, esquizofrenia, etc.)?		
16	¿Está o estuvo en tratamiento psicológico?		
17	¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica?		
18	¿Padece o padeció alguna enfermedad cardiaca Ej.: infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatía, malformaciones congénitas?		
19	¿Padece hipertensión arterial?		
20	¿Usa marcapasos y otros?		
21	¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo?		
22	¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación?		
23	¿Padece de diabetes?		
24	¿Es insulino dependiente?		
25	¿Ha estado en forma accidental o profesional en contacto con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)?		
26	¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua?		
27	¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación?		
28	¿Padece alguna otra enfermedad que no ha detallado?		
29	¿Es alérgico?		
30	¿Es alérgico a alguna medicación?		
31	¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada?		
32	¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?		
33	¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos, vértigo o temblores musculares?		
34	¿Sufre o sufrió ataques de epilepsia?		
35	¿Consumo habitualmente bebidas alcohólicas?		
36	¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones la cantidad de cigarrillos diarios		
37	OTROS		

Observaciones:

Declaro bajo fe de juramento que los datos consignados en este formulario son correctos, íntegros, verdaderos y han sido confeccionados sin omitir dato alguno. De comprobarse la falsedad de algunos de ellos, estaré sujeto a las sanciones que establece la Ley.

Nota: No se aceptarán tachaduras ni enmiendas en el presente formulario.

Firma del Solicitante	Firma del Autorizado (solo para cancelación/ por muerte, discapacidad o ausencia del Titular )
-----------------------	---