

| | | | | |
|---|---|-------|--|--|
|  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.
N°.....viene a solicitar cuanto sigue:

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|-----------------------------|
| 1. MOTIVO DE LA SOLICITUD | | | | | |
| <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 | | | |
| 2. CATEGORÍAS DE LICENCIAS DE CONDUCIR | | | | | |
| <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 | |
| 3. DATOS DEL SOLICITANTE | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | DOC/ C.I.C. N° | |
| Dirección Particular | | | N° casa | Barrio | |
| Edificio | Teléf. Particular | Grupo Sanguíneo | | Donante de Órganos | |
| | | | | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Correo electrónico | | Fecha de Nacimiento | Nacionalidad | Sexo | Registro Municipal - RMC N° |
| | | | | | |
| 4. SI EL SOLICITANTE ES EXTRANJERO | | | | | |
| Cedula de Identidad N° | | Pasaporte N° | | Carnet de Diplomático N°(Expedido por MRE) | |
| | | | | | |
| CARNET de: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Radicación Permanente | | | <input type="checkbox"/> Radicación Temporal | | |
| 5. DATOS DEL AUTORIZADO (solo para cancelación/ por muerte, discapacidad o ausencia del Titular) | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | DOC/ C.I.C. N° | |
| Dirección Particular | | | N° casa | Barrio | |
| Correo electrónico | | Teléfono | | Ciudad | |
| | | | | | |
| 6. DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR | | | | | |
| N° Licencia de Conducir | | Expedido por el Municipio de | | | País |
| | | | | | |

7. DATOS REQUERIDOS PARA LA HABILITACIÓN DE LICENCIA DE CONDUCIR

| N° | 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 cardíaca 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) |
|-----------------------|---|