

ANEXO I

SEGURIDAD
VIALSecretaría
de Transporte
Ministerio de Economía2025 Año de la Reconstrucción
de la Nación Argentina.

Declaración Jurada Licencia Profesional C, D, E

Hoja 1 de 2

D Datos personales (Completar con letra legible)

Nombre y apellido:

DNI:

	Sí:	No:		Sí:	No:
¿Usa anteojos o lentes de contacto?	☐	☐	¿Padece enfermedades del corazón?	☐	☐
¿Confunde colores?	☐	☐	¿Tiene palpitaciones?	☐	☐
¿Padece sordera?	☐	☐	¿Tiene arritmias?	☐	☐
¿Padece disminución de la fuerza y/o movilidad?	☐	☐	¿Tiene hipertensión arterial?	☐	☐
¿Tiene temblores?	☐	☐	¿Tiene diabetes?	☐	☐
¿Desde cuándo?	☐	☐	Medicamentos que toma regularmente.	☐	☐
¿Padece convulsiones?	☐	☐	Indique su nombre:		
¿Desde cuándo?	☐	☐			
¿Tiene desmayos?	☐	☐			
¿Se le olvidan las cosas con facilidad?	☐	☐			
¿Ha tenido accidentes de tránsito?	☐	☐	¿Ha realizado o realiza tratamiento psicológico o psiquiátrico?	☐	☐
¿Cuántos?	☐	☐	¿Desde cuándo?		
¿Ha sido inhabilitado judicialmente?	☐	☐	¿Ha tomado o toma actualmente pastillas para nervios, depresión o para dormir?	☐	☐
¿Ha sido declarado no apto?	☐	☐	¿Se encuentra transitando alguna situación laboral / familiar que le preocupe o lo inquiete?	☐	☐
Motivo:			¿Consumo habitualmente (más de 3 veces por semana alcohol)?	☐	☐
¿Quiere declarar algo más?	☐	☐	¿Fuma?	☐	☐
			¿Cuándo?	☐	☐
¿Consumo drogas?	☐	☐	¿Consumo drogas?	☐	☐
¿Cuáles?			¿Cuáles?	☐	☐
¿En la actualidad se encuentra en uso de licencia médica?	☐	☐	¿En la actualidad se encuentra en uso de licencia médica?	☐	☐
¿Tiene hábito de coqueo?	☐	☐			

Declaro bajo juramento que las respuestas indicadas son verdaderas y faculto a las autoridades médicas de la Agencia Nacional Seguridad Vial a requerir cualquier informe sobre mi estado de salud. Es de mi conocimiento que todo ocultamiento o falsa información comprobada durante el examen médico o posteriormente por otro conducto, es suficiente para la negación de la Licencia Nacional Conducir o para resolver sobre su caducidad, todo ello sin perjuicio de hacerme pasible de las sanciones legales en vigencia.

Fecha: / /

DI-2025-117746460-APN-ANSV#M

Firma del Solicitante.

Aclaración de la Firma.