

CERTIFICADO MEDICO

Certifico que el señor
D.N.I. con domicilio en
de la localidad de ha sido sometido a examen medico reglamentario
para obtener su inscripción en el REGISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS PROVINCIAL DE
PASAJEROS, con el siguiente resultado:

VISTA OIDO CLINICO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

OBSERVACIONES

LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN:

SELLO DEL
INSTITUTO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOTA A LOS MEDICOS: Exigencias de la Ley N° 16378/57 y Decreto Reglamentario 7396/68.

CAUSAS DE INEPTITUD

EXAMEN DE VISTA:

1. Agudeza visual menor a 11/10 (Tabla de Snellen) con 5/10 como mínimo para el ojo de menor visual, corregible con lentes esféricos o cilíndricos de 7D - 5D. La diferencia entre la refracción de los dos ojos no debe ser superior a 3 dioptrías.
2. No poseer como visual y sentido cromático normales.
3. Perturbaciones evidentes de adaptación luminosa.
4. Parálisis de músculos palpebrales.
5. Nistagmo.

EXAMEN DE OIDO:

1. Audición mínima para cada oído, 60 %.

EXAMEN CLINICO:

1. Padecer enfermedades contagiosas, físicas o psíquicas o deficiencias orgánicas de cualquier especie que le impidan conducir con seguridad y eficacia.
2. Presentar síntomas que revelen su tendencia a las bebidas alcohólicas y otras sustancias embriagantes o estupefacientes.

DECLARO BAJO JURAMENTO: No sufrir epilepsia, vértigos, alteración mental o pérdida de conocimiento.

FIRMA DEL INTERESADO