



Municipalidad de San Justo

San Justo, _____ de _____ de _____

Señor
Presidente Municipal

D.
S _____ / _____ D

_____ que suscribe, cuyos datos personales detallo a continuación,
solicita _____ clase _____

Apellido: _____

Nombres: _____

Nacionalidad _____ Estado civil: _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Profesión: _____ Color de Piel _____

Domicilio _____ D.N.I. Nº: _____

Grupo sanguíneo: _____ Factor _____

EL SOLICITANTE HA EXHIBIDO LOS DOCUMENTOS CONSIGNADOS

CONSTE.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL EMPLEADO

SALUD PUBLICA MUNICIPAL

El solicitante declara que no padece epilepsia, ataques repentinos, vértigos, defectos de alteración mental, afecciones cardiovasculares y otras que alteren el dominio de sus facultades

INFORME

Resultados del examen físico: _____

Vista: _____ Oído: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____

Observaciones: _____

Donante _____ Usa corrección (vista): _____ Es alérgico a la Penicilina _____

Salud Pública, _____ de _____ de _____

Orden Nº _____

FIRMA DEL MEDICO

CERTIFICADO DE IDONEIDAD

El funcionario que suscribe, CERTIFICA, que D _____, cuyos datos personales se consignan en la presente, ha rendido satisfactoriamente los exámenes teórico y práctico para la obtención del REGISTRO DE CONDUCTOR DE _____ clase.

San Justo, _____ de _____ de _____

FIRMA DEL EMPLEADO

Presentando en MESA DE ENTRADAS de esta Municipalidad, hoy _____ de _____ de _____ siendo la hora _____ por _____ y anotado bajo el número _____ Folio _____ Libro _____

CONSTE.

FIRMA DEL PRESENTANTE

FIRMA DEL EMPLEADO

San Justo, _____ de _____ de _____

_____ el recurrente solicita proveerse del REGISTRO DE CONDUCTOR de _____ clase, para lo que adjunta la documentación necesaria, y habiendo reunido los requisitos solicitados por la Ley _____ expídase, el Registro de Conductor solicitado.

JEFE DE OFICINA

San Justo, _____ de _____ de _____

EN LA FECHA SE HACE ENTREGA DEL REGISTRO DE CONDUCTOR N° G.D. _____
CLASE _____ MUNICIPALIDAD DE SAN JUSTO.