

MUNICIPIO DE SANTA ANITA
P. E. BECHER 409 – 3248 – SANTA ANITA – ENTRE RIOS
TEL./FAX 03445-497143/ 497205
e-mail: municipiodesantaanita@bassodigital.com.ar

Nombre del Solicitante:

Fecha:/...../.....

Informe Médico

Resultado de Examen Físico:

Oído:

Grupo Sanguíneo: Factor:

Resultado del Examen Psicológico:

Observaciones:

SI

NO

APTO PARA CONDUCIR
(Tache lo que no Corresponda)

.....
Firma y Sello del Médico

Fecha:/...../.....

Informe Médico Oftalmológico

Observaciones:

.....

.....

SI

NO

APTO PARA CONDUCIR
(Tache lo que no Corresponda)

.....
Firma y Sello del Médico