



Fecha: ____/____/ 2024

EXPTE. N° ____/____

DATOS PERSONALES

APELLIDO: _____ DNI: _____

NOMBRES: _____ TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____ NACIONALIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ CATEGORIA DE LA LICENCIA: _____

DONANTE DE ORGANO: SI NO

Firma: _____

EXAMEN MEDICO

Apellido y Nombre del Medico:

Nro. Matricula:

Grupo Sanguíneo: Factor RH:

Restricciones

Medicamentos de NO Aplicación

DEBE USAR LENTES: SI NO

Sordera: SI NO Hipoacusia: SI NO

DEBE USAR AUDIFONOS: SI NO

Observaciones:

APTO: SI NO

FECHA ____/____/____ Firma: _____

ADJUNTAR: **Fotocopia de DNI- Certificado de libre deuda-carpeta colgante**