



FORMULARIO 005/14.08

DIRECCIÓN GENERAL DE CAMINOS Y FERROCARRILES

CERTIFICADO DE EXAMEN MÉDICO-PSICOSOMÁTICO

Foto Actual Frente
(No escaneada)

I. DATOS DEL CERTIFICADO

CENTRO DE SALUD	TELÉFONO
-----------------	----------

DIRECCIÓN

DIRECTOR (A) DEL CENTRO DE RECONOCIMIENTO PARA EL EXAMEN PSICOSOMÁTICO

INFORMA QUE:

El señor
Identificado con D.N.I. N°, se le ha realizado el examen de aptitud médica y psicológica necesarias para:
OBTENCIÓN RECATEGORIZACIÓN REVALIDACIÓN

De la Licencia de Conducir:

Autoriza conducir Locomotora <input type="checkbox"/>	Autoriza conducir Equipos de Mantenimiento de Vía:
Autoriza conducir Autovagón <input type="checkbox"/>	Rameadora <input type="checkbox"/> Grúas <input type="checkbox"/>
Autoriza conducir Autovía - Autocarril <input type="checkbox"/>	Cambiadora de Durmiente <input type="checkbox"/> High Rail <input type="checkbox"/>

Otros:

Teniendo como resultado:

Examen clínico <input type="checkbox"/>
Examen otorrinolaringológico <input type="checkbox"/>
Examen oftalmológico <input type="checkbox"/>
Examen psico-evaluativo <input type="checkbox"/>

De conformidad con el resultado de dichos exámenes, se le considera:

APTO (A) APTO (A) CON RESTRICCIÓN INAPTO (A)

OBSERVACIONES: (Anotar restricciones)

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO GENERAL	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGO	FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR MÉDICO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO OFTALMÓLOGO	FIRMA Y SELLO DEL PSICÓLOGO	

FORMULARIO GRATUITO

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS