



MUNICIPALIDAD de MERCEDES - CTES.

Ciudad en desarrollo

SARMIENTO 650 – TEL: (03773) 420100 / 420011 / 420073 / 420377 – FAX 423310
C.P. 3470 –MERCEDES - CORRIENTES

Carnet N°: _____

Solicitud de carnet de conductor

Apellidos: _____

Nombres: _____

Documento: DNI N°: _____

Estado Civil: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Nacionalidad: _____

Profesión: _____

Domicilio: _____

Grupo sanguíneo: _____ Factor: _____

Examen Médico Psico - Físico

Estado General: _____ Vista: _____ Oído: _____

Apto No Apto

Firma y Sello del Médico

VISADO CARNET SALUD PUBLICA

Firma del Solicitante

Mercedes, (Ctes.) _____ de _____ de _____