



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 Autoriza conducir Equipos de Mantenimiento de Vía:
Autoriza conducir Autovagón Rameadora Grúas
Autoriza conducir Autovía - Autocarril Cambiadora de Durmiente High Rail
Otros:

Teniendo como resultado:
Examen clínico
Examen otorrinolaringológico
Examen oftalmológico
Examen psico-evaluativo

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 OTORRINOLARINGÓLOGO	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