

INTENDENCIA DE CANELONES
Dirección General de Tránsito y Transporte
Área Contralor de Conductores

Formulario de solicitud de alta o baja de médico/a.

Institución Solicitante

Localidad *Cód. Registro*

Expte. de habilitación *Resolución*

Solicitud de ALTA BAJA *Fecha*

Datos del Médico/a:

Nombres

Apellidos

C.I: *MP (CJPPU) N°*

Declaro haber recibido la reglamentación que regula la expedición de certificados de aptitud que me fue entregada por la Institución que solicita el alta de mi actividad como certificador de aptitud para conducir, estando en total conocimiento de la normativa.

Firma del médico/a (*)

Aclaración

(*) En caso de baja no se requiere firma del médico/a.

La Institución que solicita el alta del médico/a en este acto, es responsable de comunicar la baja en forma inmediata cuando eso ocurra. Hasta tanto la Intendencia tome conocimiento y confirme la baja, el médico/a podrá seguir emitiendo certificados de aptitud en nombre de la Institución, por lo cual la Intendencia de Canelones deslinda toda responsabilidad como consecuencia de ello.

Firma responsable de la solicitud

Aclaración

Canelones, ____ de ____ de ____.

Recibida la solicitud se inicia trámite por incidencia _____.

Registrado en el sistema el día _____ hora: ____:____

Firma Funcionario