



**Solicitud de examen médico para afectación a Ley 13102 o Res. 3282/986**

|                       |  |          |  |
|-----------------------|--|----------|--|
| Nombre/s y Apellido/s |  |          |  |
| Cedula de Id.         |  | Tel./Cel |  |
| Dirección calle/ruta: |  | Nro./km. |  |
| entre                 |  | y        |  |
| Localidad             |  | E-mail   |  |

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Importación directa de vehículo 0km. Ley 13102                                    |  |
| Afectación a discapacidad de vehículo adquirido en plaza (nuevo o usado)          |  |
| Tramitar permiso de conducir (Primera vez, renovación o cambio por discapacidad ) |  |

**Servicio donde solicita concurrir para la evaluación:**

|                     |  |                    |  |
|---------------------|--|--------------------|--|
| Canelones (capital) |  | Ciudad de la Costa |  |
| Las Piedras         |  | Pando              |  |

**NOTIFICACIÓN:** Deberá contar con el informe de discapacidad emitido por el tribunal del Ministerio de Salud Pública o informe del médico tratante especialista en la patología causante de la discapacidad (en el que se establezca diagnóstico y evolución), para ser presentado cuando le sea solicitado por el médico municipal al momento de la evaluación. De no contar con lo antes mencionado, el trámite que se da inicio por esta solicitud será ARCHIVADO, debiendo iniciar nuevamente la gestión.

**Art. 239 del Código Penal: (Falsificación ideológica por un particular)**

El que con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, presentare una declaración falsa sobre su identidad, estado o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión.

Firma solicitante (\*) \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

(\*) En caso que el solicitante sea un menor de edad deben firmar sus representantes legales (padre y madre) o tutor.

(\*) En caso que el solicitante se encuentre sujeto a curatela, debe firmar su curador/a.

**USO INTERNO DE LA OFICINA -----**

|                |  |        |  |
|----------------|--|--------|--|
| Fecha recibido |  | Expte. |  |
|----------------|--|--------|--|

\_\_\_\_\_  
Firma y nro. de func.