

Examen Psíquico

Tiempo de Reacción:

Coordinación Motriz:

Inteligencia:

Salud Mental:

APROBADO NO APROBADO

.....
Firma y sello del Profesional en Salud Mental

Examen Teórico

FECHA

Resultado del examen:

APROBADO NO APROBADO

2º PRUEBA: presentarse nuevamente en

FECHA

APROBADO NO APROBADO

3º PRUEBA: presentarse nuevamente en

FECHA

APROBADO NO APROBADO

.....
Firma y sello del personal actuante

.....
Firma y sello del personal actuante

.....
Firma y sello del personal actuante

Examen Práctico

FECHA

Resultado del examen:

APROBADO NO APROBADO

2º PRUEBA: presentarse nuevamente en

FECHA

APROBADO NO APROBADO

3º PRUEBA: presentarse nuevamente en

FECHA

APROBADO NO APROBADO

.....
Firma y sello del personal actuante

.....
Firma y sello del personal actuante

.....
Firma y sello del personal actuante

La Municipalidad /Comuna de hace constar que se ha dado cumplimiento con la totalidad de exámenes que exige la normativa vigente por lo que debe acordarse la Licencia de Conductor.

FECHA

.....
Firma y sello aclaratorio