

CERTIFICADO MÉDICO VIAL POR DISCAPACIDAD

Yo _____, Médico Vial, N de Inscripción _____

DF _____, C.I _____, mediante la presente certifico que (él /la)

Sr(a). _____ se le emitió un Certificado Médico para conducir Vehículos automotores con el serial N _____ de _____ Grado.

Observaciones referentes a la discapacidad:

Debe conducir bajo las siguientes normas:

- | | |
|---|--|
| 1- Utilizando lentes correctivos para distancias lejanas. | 11- Acelerador, frenos y cambio de luz manual. |
| 2- Vehículo tipo Automático. | 12- Frenos de potencia. |
| 3- El Vehículo debe poseer Dirección Hidráulica. | 13- Espejo retrovisor bilateral. |
| 4- Durante el día. | 14- Cinturón tipo arnés o toraco-pélvico. |
| 5- Permitido el uso público o profesional. | 15- Acondicionado a su estatura. |
| 6- Acelerador hacia el lado izquierdo. | 16- Uso particular. |
| 7- Cambio de luz manual. | 17- Uso urbano o interurbano. |
| 8- Cambio de luz en el pie. | 18- Prótesis en miembro inferior. |
| 9- Freno manual. | 19- Prótesis en ambas manos. |
| 10- Usando prótesis auditiva. | |

Se hace constar que se adjudica este certificado de formato normal por no haber certificados especiales.



Dra. Fred Cristina Rodríguez Aranguren

Pdte. (INCSSVT). MPPS. 15.108.

Nota: Este comunicado ha sido emitido con la firma del presidente del Instituto Nacional Científico de Seguridad y Salud Vial Terrestre (INCSSVT). Si se requiere de su verificación pueden acceder al correo electrónico incssvtoficial@gmail.com.

**Dirección: Instituto Nacional Científico de Seguridad y Salud Vial Terrestre (INCSSVT), Rif: G-20012571-3,
Parque Central Torre Este, Nivel Bolívar, lateral al SAIME, Local 77, Oficina 1512.**