

**Solicita: EXÁMENES MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS  
PARA LICENCIA DE CONDUCIR**

**SEÑOR DIRECTOR DEL CENTRO MÉDICO INNOVA SALUD MEDICAL CENTER S.R.L**

Nuevo Chimbote

Yo, **QUIJADA CASTELLANO MAURICIO DIUNAKER**

identificado con D.N.I. N° **7619464** de conformidad al Reglamento Nacional del Sistema de Emisión de Licencia de Conducir, aprobado con el Decreto Supremo **N° 007-2016-MTC y sus modificaciones**, solicito a Ud., los exámenes médicos y psicológicos para licencias de conducir, según detalle:

**SERVICIO:**  
**CLASE Y CATEGORIA:**

OBTENCION  
B-IIB

**Por tanto:**

Solicito a Ud., la atención correspondiente por estar de acuerdo a Ley

Nuevo Chimbote, 10 de junio del 2026

\_\_\_\_\_

FIRMA



HUELLA

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, **QUIJADA CASTELLANO MAURICIO DIUNAKER**

identificado con D.N.I. N° **7619464** de 20 años de edad y domiciliado en PASAJE LIBERTAD 168 PUEBLO JOVEN MIRAMAR BAJO, ANCASH - SANTA - CHIMBOTE en pleno uso de mis facultades, declaro bajo fundamento, que:

USO       NO USO

de lentes correctores, a la vez, acepto que de no aprobar la evaluación visual, debo pasar una evaluación con un especialista en Oftalmología y regresar con el Informe médico con firma y sello del especialista.

De comprobarse la falsedad, declaro haber incurrido en el delito contra la Fe pública, falsificación de documentos (Art. 427° Código Penal, en concordancia con el Art. IV Inc. 1.7) "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

Para mayor constancia y validez, firmo y pongo mi huella digital, al pie del presente documento, para los fines legales correspondientes.

Nuevo Chimbote, 10 de junio del 2026

\_\_\_\_\_

FIRMA



HUELLA

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, **QUIJADA CASTELLANO MAURICIO DIUNAKER**

identificado con D.N.I. N° **7619464** de 20 años de edad y domiciliado en PASAJE LIBERTAD 168 PUEBLO JOVEN MIRAMAR BAJO, ANCASH - SANTA - CHIMBOTE en pleno ejercicio de mis derechos constitucionales y de conformidad con lo dispuesto en los lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los trabajadores y clientes, aprobado con Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA , declaro bajo juramento que en los últimos 14 días he tenido alguno de los síntomas siguientes:

DETALLE	SI	NO	OBSERVACIONES
Sensación de alza térmica o fiebre		X	
Tos, estornudos o dificultad para respirar		X	
Expectoración o flema amarilla o verdosa		X	
Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		X	
¿Algún otro síntoma?		X	
¿Toma algun medicamento ? Cuales		X	

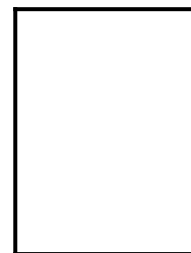
de comprobarse la falsedad, declaro haber incurrido en el delito de violación a las medidas sanitarias (Art. 292° del Código Penal) y el delito de propagación de enfermedades contagiosas (Art. 289° del Código Penal).

Para mayor constancia y validez y cumplimiento, firmo y pongo mi huella digital al pie del presente documento para fines legales correspondientes.

Nuevo Chimbote, 10 de junio del 2026

\_\_\_\_\_

FIRMA



HUELLA



**FICHA DE EVALUACIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS PARA POSTULANTES A LICENCIAS DE CONDUCIR**

Nº de Informe

Fecha de Informe




**EVALUACIÓN MEDICA**

Fecha de Inicio




Fecha de Termino




Hora de Inicio

Hora de Termino

**DATOS DEL POSTULANTE**

Tipo de Documento

Nro. de Documento

Apellidos

Nombres

F. Nacimiento




Sexo

Celular

Direccion

**CLASE, CATEGORÍA Y CONDICIÓN DE POSTULANTE**

Licencia Nueva

Revalidación

Recategorización

Canje Extranjero

Canje Especial Extranjero

No Profesional

Profesional

Grado de Instrucción



---

Postulante a licencia de conducir