Licencia Nacional de Conducir
Buenos Aires - Moron



5. N° Licencia / License N°
33318752

9. Clases / Class
A1.4 E1 E2 G1 G2

1. Apellido / Last name
DEQUIMPE

2. Nombre / First name
DIEGO DAMIAN

8. Domicilio / Address
MONTEVIDEO NRO: 1759 CASTELAR

3. Fecha de Nac. / Date of birth
18 MAY 1988

7. Firma del titular / Signature

4a. Otorgamiento / Date of issue
19 JUL 2024

4b. Vencimiento / Expires
19 JUL 2026

SEGURIDAD VIAL

Ministerio de Transporte
República Argentina

	A1.4. Motocicletas de más de 300cc o 20kw
	E1. Automotores con 1 o ms remolques y/o articulaciones. inc B y C E2. Maquinaria especial no agrcola
	G1. Tractores agricolas. G2. Maquinaria especial agrcola.

Grupo y factor - **Cuil:** --
Observaciones */ Observations:*

LNC

XIMENA MONICA POLITTI

Responsable
responsible,
in charge

Este documento podrá ser requerido por la autoridad sanitaria cada vez que lo considere necesario, en virtud de lo estipulado en la ley 18.248.

Es responsabilidad y obligación del empleador la tenencia y observación de la reglamentación vigente sobre la renovación y actualización de este documento.

Otorgada por:

Librada el día 20 de julio de 2024

(Sello y firma del profesional)

HOSPITAL ☆ LIBRETA SANITARIA ☆ SAN BERNARDO

Nº 067131

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 15006

MUNICIPIO DE
HURLINGHAM
ES MI LUGAR

SECRETARIA DE SALUD

Nº 067131

REPÚBLICA ARGENTINA

Ley 18.284

LIBRETA SANITARIA NACIONAL

LIBRETA SANITARIA NACIONAL DE:

Apellido: DEQUIMPE

Nombre: DIEGO DAMIAN

DNI Nº: 33.318.752

EXTENDIDO POR

MUNICIPALIDAD DE MORÓN
SECRETARÍA DE SALUD



Firma del Interesado

DOMICILIO

Calle: Montevideo

Número: 179

Ciudad: Barrio Sur - Castelar

Partido/Departamento: Morón

Provincia: Buenos Aires

Librada el día: 20 de Julio de 2024

Válida hasta: 20/07/2025

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 95406

Sello y firma de la autoridad sanitaria

RENOVACIONES

Renovada el:	Válida hasta:	Sello y firma de la autoridad sanitaria interviniente

CONSTANCIA DE VACUNACIONES

Vacunado el:	Vacuna:	Validez:	Sello y firma de la autoridad sanitaria interviniente

INHABILITACIONES

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- -

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- -

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- -

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- -

CAPACITACIÓN

Nivel	Fecha	Calificación	Autoridad sanitaria interviniente

Hecho el depósito que marca la ley 11.723