

Solicitud de Certificado de tratamiento/alta para la Reconsideración de la Licencia de Conducir.

Habiendo transcurrido al menos 180 días desde la fecha de inhabilitación de tu Licencia de conducir, estos son los pasos y requisitos que debés seguir:

1. Requisitos del Certificado (hoja 2)

Para que el certificado sea válido, es fundamental cumplir con lo siguiente:

- Debe ser perfectamente legible.
- No debe faltar ningún dato solicitado; de lo contrario, no será tomado como válido.
- Debe contar con la firma y sello del profesional tratante, incluyendo sus datos de contacto (teléfono o mail) y fecha de emisión del mismo.

2. ¿Cómo iniciar el trámite de reconsideración?

Una vez que cuentes con el certificado requerido, deberás ingresar al siguiente link y seguirlos pasos que allí se detallan:

<https://www.buenosaires.gob.ar/tramites/reconsideracion-para-licencia-de-conducir>

⚠ IMPORTANTE:

- Esperá : No te presentes en ninguna Sede. Recibirás una respuesta por mail con los pasos a seguir dentro de los 10 días hábiles desde iniciado el trámite.

💡 Notas importantes:

- **Responsabilidad:** El profesional firmante es el responsable de la información contenida en el documento.
- **Validez:** El informe debe ser totalmente legible. Si está incompleto o es inconsistente con tu historial, será denegado o bien se solicitará una ampliación o nueva presentación.
- **Decisión final:** La determinación de aptitud o no aptitud para conducir, quedará a cargo exclusivamente del área de psicología de la Dirección General de Habilitación a Conductores (DGHC), basados en los parámetros establecidos en la normativa vigente.

**A CONTINUACIÓN, TE BRINDAMOS EL MODELO DE CERTIFICADO A
COMPLETAR POR EL PROFESIONAL TRATANTE.**

Certificado de Tratamiento/Alta

Nombre y Apellido del paciente:

D.N.I.

Fecha de inicio de tratamiento:/...../.....

Alta (solo en caso de corresponder):/...../.....

Tipificar Diagnóstico según DSM IV - Ejes I y II:

.....

Tiempo libre de crisis (consignado en días/meses/años):

Tipo de crisis (describir):

Medicación (SI LA HUBIESE) y dosis:

.....

Evolución:

Pronóstico:

Sugerencias:

.....

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
(Legible)

TELÉFONO O MAIL DE CONTACTO DEL PROFESIONAL: