

## SOLICITUD LICENCIA MÉDICA

Para la tramitación de la licencia médica (en caso de no contar con una vigente) deberá comunicarse con MAC (Medicina de Alta Complejidad de ACTC) - Hidalgo 49, CABA - Tel: +549 11-4901 6922 - Wp: +549 11 6612-1699

Mail: medicinaaltacompetenciasa@gmail.com

Puede realizarla de manera presencial en el domicilio arriba indicado o por mail (en caso de optar por esta modalidad deberá enviar los estudios solicitados, más control de presión arterial y peso). En ambos casos, deberá solicitar cita previa comunicándose al siguiente número de teléfono: +549 11-5812-3398.

Los estudios médicos que deberá presentar son los que se detallan a continuación:

RADIOGRAFIA TORAX FRENTE  
ELECTROCARDIOGRAMA  
ELECTROENCEFALOGRAMA

CON INFORME

### **ANALISIS**

HEMOGRAMA  
ERITROSEDIMENTACION  
GLUCEMIA  
UREMIA  
V.D.R.L.  
REACCION CHAGAS  
H.D.L  
L.D.L  
TRIGLICERIDOS  
COLESTEROL TOTAL  
ORINA COMPLETA

### **AGUDEZA VISUAL**

### **Forma de pago**

El valor de la licencia médica ACTC es \$105000 al día de hoy, lo que pueden ser abonados mediante transferencia bancaria o en efectivo en el lugar.

**Una vez aprobada la licencia médica por MAC, podrá solicitar la licencia deportiva.**

### **SOLICITUD LICENCIA DEPORTIVA**

Todo aquel interesado en tramitar la licencia deportiva ACTC, deberá dirigir su pedido al Ente Fiscalizador por lo menos con 10 (diez) días de anticipación a la competencia.

Cada interesado deberá completar y firmar el formulario que se acompaña, y enviarlo por mail a: [deportiva@actc.org.ar](mailto:deportiva@actc.org.ar)

Las licencias deportivas, se emitirán sin cargo para las nuevas categorías que sean fiscalizadas por la ACTC hasta el 31 de diciembre del 2024.

Por cualquier duda puede comunicarse o dirigirse al Departamento Deportivo ACTC,

Bogotá 166 – CABA – Lunes a Viernes de 10:00 a 17:00 Hs

Tel: 011- 4905-1000 – (Int. 112 y 116) - +54 9 11 3228-7467

# CAF - ACTC

## SOLICITUD DE LICENCIA DEPORTIVA

BUENOS AIRES, ..... DE.....DE .....

Solicito al Sr. Presidente de la Comisión Asesora y Fiscalizadora de la A. C. T. C., quiera tener a bien **autorizar la tramitación de una LICENCIA DEPORTIVA NACIONAL** para **el año en curso**, por lo cual cumplo en informar los siguientes datos personales:

CATEGORÍA:.....Piloto:.....Concurrente.....

(Marcar con **X**)

NOMBRE ..... y

APELLIDO:.....

Fecha Nacimiento:.....Lugar:.....

D.N.I.: N\* .....Domicilio:.....

Localidad:.....Provincia:.....C.P.:.....

Tel./Cel:.....E-Mail:.....

Licencia Médica Nacional:

Otorgada por :.....Vence:.....

Registro Conductor N\* ..... Vence:.....

Equipo de Competición:.....

Marca del auto a conducir:..... Chasista:.....

Motorista:.....Carburista:.....

Firma y Aclaración:.....

.....