

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

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:.....

.....