

Sección de Atestados de la Policía Local de

FICHA GUÍA PARA CONTROL DE VEHÍCULOS DE M.P. POR CARRETERA.

DÍA: _____ - _____ - _____. AGENTE/s: _____ . LUGAR: _____ .
FILIACIÓN CONDUCTOR

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DNI	FECHA NACIMIENTO	LUGAR
DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO
CLASE P.C. y FECHA	AUTORIZACIÓN ESPECIAL	FECHA
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

TARJETA DE TRANSPORTE

PROVISIONAL DEFINITIVA VISIBLE NO VISIBLE
¿CORRESPONDEN LOS DISTINTIVOS CON LA CLASE DE T.TE? → Sí No

MATRÍCULA	N° TARJETA	FECHA AUTORIZACIÓN
CLASE VEHÍCULO	CLASE AUTORIZACIÓN	NÚMERO C.I.F.
NÚMERO EMPRESA	TITULAR	
AMBITO DEL TTE.	DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA	

ALCOHOLEMIA

POSITIVA NEVATIVA

COMPROBACIONES

PANELES NARANJA	PANELES "N° PELIGRO"	PANELES "N° MATERIA"
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
ETIQUETAS	ETIQUETAS; TIPO	FICHAS DE SEGURIDAD
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
FICHAS SEGURIDAD N° PELIGRO	FICHAS DE SEGURIDAD N° MATERIA	CORRESPONDENCIA FICHAS Y PANELES
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CARTA DE PORTE TPC	CARTA DE PORTE ADR	CARTA DE PORTE
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Clasif.Mat () N° Peligro () CERTIFICADO CONDUCTOR ¿TACHADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CERTIF. AUTORIZ. DE VEHÍCULO Y CIS.	(ADR) → <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (TPC) → <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Certif. n°: (). Válido hasta: ()	

COMPLEMENTOS DE SEGURIDAD OBLIGATORIOS

EXTINTORES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ROPAS PROTECTORAS <input type="checkbox"/> Gafas; <input type="checkbox"/> Botas; <input type="checkbox"/> Mandil ; <input type="checkbox"/> Capuchones ; <input type="checkbox"/> Pantalla facial; <input type="checkbox"/> Pantalón o traje de protección.	EQUIPO AUXILIAR <input type="checkbox"/> Equipo de respiración (en caso de ser la carga gas tóxico o irritante)
PRESIÓN <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal		EQUIPO P. AUXILIOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CAJA DE HERRAMIENTAS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LUCES PORTÁTILES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CALZOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SEÑALES TRIANGULARES REFLECT. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CARGA ¿BIEN ESTIBADA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CARGA ¿BULTOS ABIERTOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

DOCUMENTACIÓN

TARJETA I.T.V. <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal	RESGUARDO DE TRAMITACIÓN I.T.V. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DOCUMENTO DE LIMPIEZA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

ÓRGANOS DIVERSOS

NEUMÁTICOS <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal	INDICADOR DIR. D.DCHO. <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal	INDICADOR DIR. D.IZDO. <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal
INDICADOR D.T. DCHO. <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal	INDICADOR DIR. T.IZDO. <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal	LUZ DE CRUCE <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal
LUZ CARRETERA <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal	LUZ DE GÁLIBO <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal	SEÑALIZACIÓN AVERÍA <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal
¿TIENE PARACHOQUES EN PARTE TRASERA Y A TODO LO ANCHO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

TACÓGRAFO Y DISCO DIAGRAMA

¿LLEVA TACÓGRAFO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PRESENTACIÓN DISCOS DIAGRAMA Semana en curso y última semana anterior. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿FUNCIONA EL TACÓGRAFO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HAY EXCESO EN T.COND. SUPERIOR AL 20 %? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿HAY EXCESO EN T.COND. INFERIOR AL 20 %? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ESTÁN ANOTADOS DATOS OBLIGATORIOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿HAY INCUMPLIMIENTO T.D.DIARIO < 20 %? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HAY INCUMPLIMIENTO T.D.DIARIO > 20 %? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿HAY INCUMPLIMIENTO T.D.SEM. < 20 %? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HAY INCUMPLIMIENTO T.D.SEM > 20 %? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿HAY INCUMPLIMIENTO DE INTERRUP. COND.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HAY FALSEAMIENTO DEL DISCO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OBSERVACIONES: _____

EL/os AGENTE/S.