Incluir dos (2) fotografías tamaño 2 x 2"

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE ESTADO
Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras
JUNTA EXAMINADORA DE TECNICOS
Y MECANICOS AUTOMOTRICES

Fecha de Radicación

___ . ___ . ___

PO Box 9023271
San Juan, P.R. 00902-3271

Teléfono: 722-2122

SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE TECNICOS Y MECANICOS AUTOMOTRICES

INFORMACION DEL SOLICITANTE
Favor Llenar en Letra de Molde

Nombre _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Dirección Postal _____

_____

_____

Teléfono Residencial _____ Teléfono Trabajo .

Número Seguro Social _____

El solicitante CERTIFICA que no tiene deudas por concepto de pago de Pensión Alimenticia o ejecutó y satisface un plan de pago al efecto con la Administración para el Sustento de Menores adscrito al Departamento de la Familia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm. 86 del 17 de agosto de 1994.

. . _____ _____
Fecha Firma del Solicitante

Solicito Renovacion de:

Marque con una X:

( ) *Licencia de Mecánico Automotriz Número:* _____

( ) *Licencia de Técnico Automotriz Número:* _____

DOCUMENTOS A SOMETER

1. **Derechos**:

   * **Mecánico Automotriz**

   Dos Recibos de Pago de Rentas Internas, uno por la cantidad de treinta (30) dólares ingresado a la Cifra 5140 y otro por diez (10) dólares ingresado a la Cifra 5143.

*** Técnico Automotriz**

Dos Recibos de Pago de Rentas Internas, uno por la cantidad de treinta (30) dólares ingresado a la Cifra 5140 y otro por la misma cantidad ingresado a la Cifra 5143.

2. Dos (2) fotografías tamaño 2x2 tomadas recientemente y con su nombre en la parte posterior.

3. Certificación y/o evidencia de colegiación.

4. Toda renovación de licencia debe ser sometida con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. Si su licencia no es renovada dentro de dicho ***período y se renueva*** *dentro de un (1) año con posterioridad a la fecha de vencimiento el tenedor de dicha licencia viene obligado a pagar el doble de los derechos.*

CERTIFICACION DE COLEGIACION Y DE CUOTAS AL DIA,
PARA SER CUMPLIMENTADA EN EL COLEGIO

CERTIFICACION

Por la presente certifico que _____, *con licencia de* _____ *Número* _____ *esta debidamente colegiado y tiene sus cuotas al día.*

Firma del Presidente

(Sello Oficial del Colegio)

. .

_____

Fecha

Direccion a enviarse:

Departamento de Estado
P. O. Box 9023271
San Juan, P.R.
00902-3271

Radicar personalmente:

Division de Radicacion de Documentos
Calle San Francisco, Esq. San José
Edif: Diputación Provincial
Oficina 105, Viejo San Juan.

Arecibo:
Avenida de Diego No. 62
Anexo Edificio Oliver
Tel. (787) 880-1626

Fajardo:
Casa Alcaldía
Calle Muño Rivera, Esq. Dr. López
Tel. (787) 801-8644

Ponce:
Centro de Servicios
153 Calle Condado Hoyos
Tel. (787) 290-3717