ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS

Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE NO DEUDA

NOMBRE: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

NOMBRE COMERCIAL: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

_____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

_____

TELÉFONO: _____ NÚMERO PATRONAL: _____

SI ES PROPIO PATRONO INDIQUE NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR:

_____

_____ _____

FIRMA FECHA