Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados

SOLICITUD NUMERO DE CUENTA PATRONAL DEL SEGURO CHOFERIL
PATRONO PROPIO

Nombre (como aparece en licencia)	**Seguro Social**
Dirección Postal	**Dirección Física**
Dirección Postal del Negocio	**Dirección Física del Negocio**

Naturaleza del Negocio (Indique a qué se dedica el Negocio)

Indique categoría y número de la licencia que posee:

☐ **Vehículo Pesado** **Núm.** _____

☐ **Chofer** **Núm.** _____

Núm. Permiso de Comisión _____

☐ **Conductor** **Núm.** _____

CERTIFICACION

A mi mejor entender, certifico que la información que ofrezco al Programa es la correcta:

_____ _____

Firma del Patrono o Representante **Fecha**