Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Transportación y Obras Públicas
AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES
PO Box 195349, San Juan, Puerto Rico 00919-5349

BICIAMA

SOLICITUD DE INGRESO No.

Llene este formulario y devuélvalo con todos los requisitos y documentos requeridos. Escriba en letra de molde o a maquinilla, en tinta negra o azul.

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Barrio / Urbanización _____ Pueblo _____ Zip Code _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Teléfono Residencial _____ Celular _____ Otro Teléfono _____

Relevo a la Autoridad Metropolitana de Autobuses por pérdida, robo y/o por daños que reciba mi bicicleta mientras es transportada en sus autobuses, así como también por daños causados por terceros durante el transcurso de dicha transportación.

Firma del Ciclista _____ Firma del Representante Autorizado de AMA _____

Fecha _____

PARA USO DEL PROGRAMA BICIAMA

Núm. de Identificación _____ Número del Ciclista _____

Fecha de Ingreso _____ Fecha de Expiración _____

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones
CEE-SA-04-2205