



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO  
PO BOX 190870  
SAN JUAN, P.R. 00919-0870

USTED PUEDE OBTENER ESTE  
FORMULARIO EN LA SECCIÓN  
DE SERVICIOS DE LA PÁGINA  
DE INTERNET DE LA CSP  
www.csp.gobierno.pr

_____
<b>Peticionario</b>
_____
_____
_____
<b>Dirección Postal</b>

Caso Núm.: \_\_\_\_\_

**TIPO DE LICENCIA:**

- |                             |                                       |                              |
|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VI | <input type="checkbox"/> OE           | <input type="checkbox"/> CF  |
| <input type="checkbox"/> TX | <input type="checkbox"/> OP           | <input type="checkbox"/> AMB |
| <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> OTROS: _____ |                              |

**SOLICITUD PARA QUE SE EXPIDA DUPLICADO DE LICENCIA**

Comparece la parte Peticionaria por derecho propio y ante esta Honorable Comisión, muy respetuosamente expone y solicita lo siguiente:

1. Que soy concesionario de la Comisión con Licencia de Operador Núm.: \_\_\_\_\_.
2. Que dicha licencia se me ha extraviado y a pesar de los esfuerzos hechos para conseguirla, estos han sido infructuosos.
3. Que dicha licencia no ha sido revocada ni suspendida.

Por todo lo cual, muy respetuosamente solicito que se me expida un duplicado de la misma para el cual acompaño la cantidad de \$\_\_\_\_\_ dólares en pago del arancel correspondiente.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

_____	_____
<b>Firma del Peticionario</b>	<b>Día/Mes/Año</b>
_____	_____
_____	<b>Teléfono Residencial</b>
_____	_____
<b>Dirección</b>	<b>Teléfono de Oficina</b>

<b>JURAMENTO</b>	
Affidavit Núm.: _____	
Jurada y suscrita ante mí por _____, mayor de edad y vecino de _____, Puerto Rico, el ___ de _____ de _____.	
<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Sello Notarial</p>	<p>_____</p> <p><b>Funcionario de la CSP o Notario Público</b></p>

<b>CERTIFICACIÓN DE RECIBO DE DOCUMENTOS POR FUNCIONARIO AUTORIZADO</b>	
*	*
Nombre del Funcionario Autorizado de la CSP	Firma del Funcionario Autorizado por la CSP
<p>_____</p> <p>* Día/Mes/Año</p>	

**\*El Funcionario Autorizado de la CSP que procesa esta solicitud deberá iniciar con sus iniciales y la fecha en cada una de las páginas de esta solicitud.**

**PARA USO OFICIAL- DIRECTOR(A) REGIONAL**

\* APROBADO

NO APROBADO

\* \_\_\_\_\_  
Director(a)

Oficina Regional de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*NOTA: La Comisión no expedirá duplicados de licencias a Operadores y Concesionarios que tengan Pólizas de Seguro vencidas y deudas sin pagar.**