

Original- Oficina de Secretaría
Copia- Peticionario
Copia- Oficina Regional

Oficina Regional

Caso Número

SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERADOR

SOLICITUD:

CATEGORÍA:

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nueva | <input type="checkbox"/> Vehículo Público | <input type="checkbox"/> Ómnibus Escolar |
| <input type="checkbox"/> Renovación | <input type="checkbox"/> Taxi | <input type="checkbox"/> Ómnibus Público |
| | <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Carga |
| | <input type="checkbox"/> Coche Fúnebre | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

A. INFORMACIÓN GENERAL DEL PETICIONARIO

NÚM. DE SEGURO SOCIAL	Fecha de Nacimiento			Sexo:		Ciudadanía:	
	Día	Mes	Año	F	M	<input type="checkbox"/> Americana	<input type="checkbox"/> Extranjero

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL
------------------	------------------	--------	---------

ESTADO CIVIL:	CABELLO:	OJOS:	NÚM. DE LICENCIA	CATEGORÍA
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) Estatura: Pies/Pulg. _____ Peso: Libras _____	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Marrón <input type="checkbox"/> Rubio <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Gris	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Marrón <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Ambar	_____ FECHA EXPIRACIÓN Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Pesado: _____ Tipo

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

CALLE, NÚMERO, PUEBLO	ZONA POSTAL	TEL. RESIDENCIAL	TEL. OFICINA
-----------------------	-------------	------------------	--------------

DIRECCIÓN POSTAL

APARTADO	PUEBLO	ZONA POSTAL
----------	--------	-------------

B. CURSOS QUE POSEE

INDIQUE CON UNA "X" EL CURSO QUE HA TOMADO:	FECHA			OCUPACIÓN
	Día	Mes	Año	
<input type="checkbox"/> Mejoramiento Choferil <input type="checkbox"/> Ofrecidos por Dpto. De Educación <input type="checkbox"/> COA <input type="checkbox"/> PTD <input type="checkbox"/> COVE <input type="checkbox"/> OTROS: _____				
				NOMBRE DEL PATRONO
				DIRECCIÓN: _____
				ZONA POSTAL

Esta solicitud se hace de buena fe y cumpliendo con los requisitos legales correspondientes, sin ánimo de defraudar o engañar a persona natural o entidad jurídica alguna.

_____	_____
Día/Mes/Año	Firma del Peticionario

JURAMENTO

Affidavit Núm.: _____
 Jurada ante mi por _____
 mayor de edad, de profesión _____, vecino de _____
 quien doy fe de haber identificado mediante _____
 en _____, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Sello Notarial

Notario Público o Funcionario Autorizado de la CSP

C. REQUISITOS PARA OBTENER LA LICENCIA DE OPERADOR-(marcar con una "X" al recibirlos)

I. REQUISITOS GENERALES (EXCEPTO EN EL TRANSPORTE DE CARGA):

- Certificado de Nacimiento en original
- Certificado de Salud suministrado por la CSP (30 días).
- Certificado Negativo de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico (6 meses).
- Certificado de historial choferil expedido por el DTOP (6 meses).
- Licencia de Conducir categoría 4 ó 5 expedida por el DTOP.
- Dos (2) fotos 2" x 2".
- Copia de Tarjeta de Seguro Social.
- Certificado Negativo de Deuda del Departamento de Hacienda o plan de pago (30 días).
- Certificación de radicación de planillas de los últimos cinco años expedida por del Depto. de Hacienda (1 año).
- Certificación de Seguro Social Choferil expedida por el Departamento del Trabajo (30 días).
- Certificación de ASUME o Plan de Pago, si es casado de ambos cónyuges (30 días).
- Pago de arancel correspondiente.

II. REQUISITOS- SÓLO PARA EL TRANSPORTE DE CARGA:

- Dos (2) fotos a color, tamaño 2" x 2"
- Curso de Mjoramiento Choferil, según corresponda.
- Copia de la Licencia de Conducir, expedida por el DTOP
- Certificado de Nacimeinto (Original)
- Pago del Arancel correspondiente

III. REQUISITOS ADICIONALES POR CATEGORÍA:

- Edad entre 18 a 65 años
- Prueba de tuberculina, si es positiva deberá traer placa de pecho (rayos x)
- Prueba de Sífilis (VDRL)
- Certificado de Vacunación contra la Hepatitis B
- Prueba de Dopaje (30 días)
- Prueba de Glucosa (30 días)
- Certificado que le acredite haber aprobado el Curso de Primera Ayuda
- Certificado vigente de proveedor de revitalización cardiopulmonar
- Curso de Mjoramiento Choferil, según corresponda.

2) VEHÍCULOS ESCOLARES:

- Edad entre 21 a 65 años
- Prueba de Glucosa (30 días)
- Curso de Mjoramiento Choferil, según corresponda.
- Curso: ¿Cómo Guiar a la Defensiva? ofrecido por la CSP
- Licencia de Chofer del DTOP para vehículo de menor cabida
- Licencia "Heavy" del DTOP para vehículo de mayor cabida

3) TAXI:

- Curso de Mjoramiento Choferil, según corresponda.
- Curso de Relaciones Humanas (Centro de Recursos Educativos en Mercadeo del Dpto. de Educación)
- Licencia de Chofer del DTOP
- Curso: ¿Cómo Guiar a la Defensiva? ofrecido por la CSP

4) COCHE FÚNEBRE:

- Licencia de Conducir del DTOP
- Prueba de Glucosa (30 días)
- Prueba de Dopaje (10 días)

5) OMNIBÚS PÚBLICO:

- Edad de 21 años en adelante
- Curso de Mjoramiento Choferil, según corresponda.
- Licencia "Heavy" del DTOP para vehículo de mayor cabida
- Curso: ¿Cómo Guiar a la Defensiva? ofrecido por la CSP

6) VEHÍCULOS ISLA (VI):

- Licencia de Chofer del DTOP
- Curso de Mjoramiento Choferil, según corresponda.

D. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN:

Autorizo a la Comisión de Servicio Público, a través de los funcionarios que corresponda, a solicitar cualquier información y récord médico que conduzca a esclarecer mis condiciones físicas y mentales para operar un vehículo de servicio público.

Certifico bajo las penalidades de perjurio que la información contenida en esta solicitud es correcta, cierta a mi mejor entender y así me consta de propio conocimiento.

Autorizo a la Comisión de Servicio Público a proveer información y datos personales que aparezcan en mis expedientes o en el Registro Mecanizado de la Comisión de Servicio

Sí No

En _____, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Firma del Peticionario

Día/Mes/Año

Teléfono Residencial

Teléfono de Oficina

Dirección

CERTIFICACIÓN DE RECIBO DE DOCUMENTOS POR FUNCIONARIO AUTORIZADO

* _____
Nombre del Funcionario Autorizado de la CSP

* _____
Firma del Funcionario Autorizado por la CSP

* _____
Día/Mes/Año

***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 licencias a Operadores y Concesionarios que tengan Pólizas de Seguro vencidas y deudas sin pagar.
El Operador o Concesionario completará el Adéndum de Registro de Información en su totalidad.**

