



GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA
SECRETARIA DE HACIENDA
DIRECCION GENERAL DE RECAUDACION
SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR



HERMOSILLO, SON FECHA: _____

TIPO DE MOVIMIENTO	
NUEVA ()	RENOVACION ()

NOMBRE COMPLETO / RFC				
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	EDAD
TIPO DE CONTRIBUYENTE	NORMAL () PENSIONADO ()		DISCAPACITADO ()	
MUNICIPIO	LOCALIDAD :			
CALLE	No: EXT.		No. INT.	
COLONIA	C. P.			
ENTRE CALLES				
TELEFONO				
NACIONALIDAD	SEXO		M ()	F ()
IDENTIFICACION No.				
COMP. DE DOMICILIO No.				

TIPO DE LICENCIA DE CONDUCIR				
() AUTOMOVILISTA	() CHOFER	() MENOR DE EDAD	() MOTOCICLISTA	OPERADOR () Taxi () Especializado () Agricola () Urbano
VIGENCIA			EDO. DE NACIMIENTO	
() SEIS MESES () 1AÑO () 2AÑOS () 3AÑOS () 4AÑOS () 5AÑOS			MPIO. DE NACIMIENTO	

DATOS MEDICOS	
ALERGIAS	ENFERM. CRONICAS
TRATAMIENTO MEDICO	SEÑAS PARTICULARES
TIPO DE SANGRE	COMPLEXION: DELGADA () ROBUSTA () OBESA ()
COLOR DE OJOS	COLOR DE PIEL
COLOR DE CABELLO	PESO ____ . _____ Kgs.
DONADOR DE ORGANOS SI() NO()	USA LENTES SI() NO() ESTATURA ____ . ____ M

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	
NOMBRE COMPLETO	
CALLE	No: EXT. No. INT.
TELEFONO	ESTADO
MUNICIPIO	LOCALIDAD
COLONIA	

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE ME ENCUENTRO FISICA Y MENTALMENTE APTO PARA CONDUCIR VEHICULOS DE PROPULSION AUTOMOTRIZ Y QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON PROPORCIONADOS POR EL SOLICITANTE Y SON VALIDOS.

NOMBRE Y FIRMA

A U T O R I Z A C I O N:			
REVISION DE DOCTOS.(1)	PERITAJE DE (2) TRANSITO	EXAMEN (3) MEDICO	OPERADOR DE (4) SERV. PUBLICO

NOTA:-Cuando por causas imputables al solicitante, deba de reponerse una licencia ya impresa, éste, deba pagar adicionalmente el derecho equivalente al costo de la licencia de un año del servicio solicitado, siempre y cuando dicha reposicion se realice el mismo día de su expedición.

FORMA DE PRESENTACION : POR DUPLICIDAD

(1).- nombre y firma del funcionario que autoriza el trámite

(2 y 3).- espacios que deberán ser complementados por la Dirección de Transito Municipal

(4).- espacio que se deberá llenar por la Delegacion de Transporte

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE