



Colegio de Técnicos y Mecánicos Automotrices de Puerto Rico

SOLICITUD DE INGRESO

DISTRITO _____

NÚM. COLEGIADO _____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDOS	SEG. SOC.	NÚM. LIC. CONDUCIR	
FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO)	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
TEL. RESIDENCIAL	TEL. CELULAR	FAX	CORREO ELECTRÓNICO/E-mail
DIRECCIÓN POSTAL			
DIRECCIÓN RESIDENCIAL			
LUGAR DE EMPLEO (Nombre del Taller)		POSICIÓN	
DIRECCIÓN		TEL. TRABAJO	

INFORMACIÓN DEPARTAMENTO DE ESTADO

NÚM. LICENCIA	<input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> MECÁNICO
FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN
CATEGORÍA	

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO
DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO

FIRMA DE COLEGIADO

NOMBRE DEL EMPLEADO

FECHA DE INGRESO

FIRMA DEL EMPLEADO