

MTC SAN MARTIN FORMULARIO	SOLICITUD PARA ATENCION DE SERVICIOS DE LICENCIAS DE CONDUCIR	N° DE REGISTRO
--	--	-------------------------------

DATOS DEL SOLICITANTE (Apellidos y Nombres de Acuerdo a su Documento de Identidad)		Fecha de Recepción
Apellido Paterno		
Apellido Materno		Licencia Primigenia
Nombres		
Documento de Identidad	D.N.I C.F C.I Número	
Firma de Solicitante		Huella Digital
		Fotografia

CLASE DE SERVICIO A REALIZAR (Marca con un aspa y rellene lo que corresponda)		Restriccion
☐	Indique la clase de servicio que solicita	
☐	Cambios generados de Ley de acuerdo al Documento de Identidad	
ASUNTO	DICE	DEBE DECIR
Apellido Paterno		
Apellido Materno y/o Casada		
Nombres		
Fecha de Nacimiento		
	DIA MES AÑO	

Cambio de Domicilio: Dirección/Distrito/Provincia/Departamento

DICE	DEBE DECIR

RESPONSABLES DEL SERVICIO DE LICENCIAS DE CONDUCIR			
Sello del Responsable de Aceptar el Trámite y Asignar N° de Registro	Sello del Responsable de Emitir el Documeto de Respuesta	Sello del Responsable de Entregar el Documeto de Respuesta	Firma de Conformida del Usuario al recibir el Documento Respuesta

Solo para uso de las Direcciones de Circulacion Terrestre en Provincias	
Firma del Jefe de Licencias de Conducir	Firma del Director de Circulación Terrestre
Declaro bajo juramento tener pleno conocimiento de la Ley N° 27444 Ley del procedimiento Administrativo General Art. 32 Inc.3	

MTC SAN MARTIN FORMULARIO	SOLICITUD PARA ATENCION DE SERVICIOS DE LICENCIAS DE CONDUCIR	N° DE REGISTRO
--	--	-------------------------------

Sello del Responsable de Aceptar el Trámite y Asignar N° de Registro		Fecha de Recepción
Recategorizacion A -II-b		

SOLICITO : TRAMITE DE NUEVA LICENCIA A-I DE MI LICENCIA DE CONDUCIR

SEÑOR :
DIRECTOR DE CIRCULACION TERRESTRE
DIRECCIÓN REGIONAL DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES DE SAN MARTÍN
SD

Yo,
en la calle **JR.**

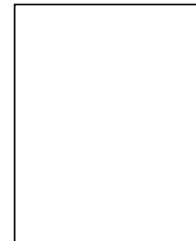
Identificado(a) D.N.I. N° , con domicilio
; ante Usted expongo lo siguiente :

Que estando en tramite de **Recategorizacion A-II-b** de mi licencia de conducir, declaro formalmente que durante los últimos doce(12) meses no he cometido ninguna infracción al Reglamento Nacional de Tránsito, ni estoy sancionado Administrativamente, motivo por la cual me responsabilizo de esta afirmación y me someto a las disposiciones legales en caso sea necesario.

POR LO EXPUESTO :

Ruego a Ud. Señor Director acceder a mi solicitud.

Tarapoto, **de** **del**



Firma

Huella Digital

DECLARACION JURADA

Yo, _____, identificado con DNI: _____, con domicilio en
JR. _____, de la ciudad de _____, declaro bajo juramento de Ley,
que cuento con experiencia mínima de:

Seis (06) meses en la conducción de vehículos del servicio de VEHICULOS PARTICULARES (M1, M2, N1, O1)

Y tener pleno conocimiento de lo dispuesto en el Art. 15° del D.S. N° 040-2008-MTC-Reglamento Nacional de Licencias de Conducir Vehículos Automotores y no Motorizados de Transporte Terrestre, que a la letra dice : "La autoridad competente podrá declarar la nulidad de la Licencia de Conducir cuando para su expedición se haya proporcionado información falsa su solicitud, cuando haya hecho uso de documentación falsificada o adulterada, o cuando compruebe de modo fehaciente que el titular no se haya sometido a cualquier de los exámenes establecidos en el presente reglamento"

tarapoto, _____ de _____ del 2021

DNI

FIRMA

HUELLA DIGITAL

REGLAS DE TRANSITO			DUPLICADO - CANJE - RECATEGORIZACION
Fechas	Resultado	Firma Evaluador	
1er Exam.			
2er Exam.			
3er Exam.			
REGLAM. SERV. PUBLICO - CARGA PASAJEROS			
1er Exam.			
2er Exam.			
3er Exam.			
TEORICO PRACTICO DE MECANICA AUTOMOTRIZ			ANTECEDENTES
1er Exam.			
2er Exam.			
3er Exam.			
MANEJO			
1er Exam.			
2er Exam.			
3er Exam.			

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN

DIRECCIÓN REGIONAL DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES

DIRECCIÓN DE TRANSPORTE TERRESTRE

REGISTRO DEL CONDUCTOR

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROF. U OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

DNI:

ESTATURA:

SEXO:

DOMICILIO:

EDAD:

N° de Licencia	Clase	Cate.	Fecha Exp	Fecha Venc.

N°

N°Licencia _____

Examen Médico

N° Ficha	Fecha	Vence
Resultado	Restricciones	
APTO		

Firma del Interesado

Firma Jefe Dpto. Expedicion

Fecha:

Recategorizacion A-II- b

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN
DIRECCION REGIONAL DE TRANSPORTES Y
COMUNICACIONES
DIRECCION DE TRANSPORTE TERRESTRE

FECHA DE PROGRAMACION DE EXAMENES

APELLIDOS Y
NOMBRES :
FECHA DE
VENCIMIENTO
:
N° Y FECHA
EX. MEDICO :
TIPO
TRAMITE : REATEGORIZACION A-II-b

REGLAS DE TRANSITO		
REGLAMENTO SERVICIO PUBLICO - CARGA Y PASAJEROS		
TEORICO PRACTICO DE MECANICA AUTOMOTRIZ		
MANEJO		

Recategorizacion A-II-b

Fecha :