

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Peticionario**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Dirección**

**Núm. de Autorización:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Vencimiento:** \_\_\_\_\_  
**Día/Mes/Año**

**SOBRE: CERTIFICADO DE VIGENCIA**

### SOLICITUD

El peticionario es concesionario de este Organismo bajo la autorización de epígrafe. Solicita se expida el Certificado de Vigencia correspondiente a su franquicia por el siguiente motivo:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PERMISO NUEVO      | <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE TABLILLA | <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN  |
| <input type="checkbox"/> PERMUTA            | <input type="checkbox"/> ADICIÓN:    |
| <input type="checkbox"/> TRASPASO           | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

### DESCRIPCIÓN DEL O LOS VEHÍCULO(S):

Marca: _____	Año: _____
Núm.de Tablilla: _____	Núm. de Motor: _____
Núm. de Registro: _____	Área Operacional: _____
Marca: _____	Año: _____
Núm.de Tablilla: _____	Núm. de Motor: _____
Núm. de Registro: _____	Área Operacional: _____
Marca: _____	Año: _____
Núm.de Tablilla: _____	Núm. de Motor: _____
Núm. de Registro: _____	Área Operacional: _____
Marca: _____	Año: _____
Núm.de Tablilla: _____	Núm. de Motor: _____
Núm. de Registro: _____	Área Operacional: _____

Se acompaña esta solicitud con copia de la última inspección reglamentaria, copia de la licencia del o los vehículos, copia de la Póliza de Seguros correspondiente a la franquicia y la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ dolares por concepto de Pago de Arancel correspondiente.

**ÁREA OPERACIONAL:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:**  Almacén Público  Empresa de Gas  Empresa de Carga

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del Peticionario**

\_\_\_\_\_  
**Día/Mes/Año**

**CERTIFICACIÓN DE RECIBO DE DOCUMENTOS POR FUNCIONARIO AUTORIZADO**

* _____	
Nombre del Funcionario Autorizado de la CSP	Firma del Funcionario Autorizado de 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**

<input type="checkbox"/> * APROBADO	* _____
<input type="checkbox"/> NO APROBADO	Director(a)
	Oficina Regional de _____
	_____
	Día/Mes/Año
Observaciones: _____	
_____	
_____	

**\*NOTA: La Comisión no expedirá Certificados de Vigencia a Concesionarios que tengan Pólizas de Seguro vencidas y deudas sin pagar.  
El Concesionario completará el Adéndum de Registro de Información en su totalidad.**