



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



LUGAR Y FECHA

TIPO DE MOVIMIENTO		
RENOVACION ( )	NUEVA ( )	REPOSICION ( )

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

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

DATOS MEDICOS				
ALERGIAS				ENFERM. CRONICAS
TRATAMIENTO MEDICO				SENAS 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

DATOS DE EMERGENCIA				
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 deberá pagar adicionalmente el derecho equivalente al costo de la licencia de un año del servicio solicitado, siempre y cuando dicha reposición 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 Tránsito Municipal.

(4).- Espacio que se deberá llenar por la Delegación de Transporte.

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE