



SOLICITUD DE EXAMEN DE CAPACITACION PROFESIONAL PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES DE TRANSPORTISTA POR CARRETERA

Fecha de la convocatoria: N°

A) Datos personales (Escriba con letras mayúsculas)
Nombre _____
Primer apellido _____
Segundo apellido _____
Calle _____ n°. ____ esc. ____ piso ____
Localidad _____ Código postal _____
Provincia _____ teléfono _____ NIF: _____
Lugar y fecha de nacimiento _____
B) Prueba/s a la/s que se presenta
☐ Transporte Interior e Internacional de Mercancías ☐ Transporte Interior e Internacional de Viajeros (Señale con una cruz la/s Prueba/s de su interés)
C) Deberá adjuntar
• Copia del D.N.I. en vigor, o certificado original de empadronamiento indicando necesariamente el domicilio y la fecha concreta de inscripción. • Justificante de abono de la tasa por prueba solicitada.

El impreso de autoliquidación para el pago de la tasa de examen para cada prueba, se recogerá en la Dirección General.

Murcia, a _____ de _____ de _____
(Firma del solicitante)

ILTMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE TRANSPORTES Y PUERTOS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGION DE MURCIA

NOTA: Los datos personales contenidos en este cuestionario, van a formar parte de un fichero automatizado cuya finalidad será la tramitación y seguimiento del expediente administrativo. No se contemplan cesiones de dichos datos. Los afectados pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos fijados por la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.