



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
DIRECTORÍA DE SERVICIOS AL CONDUCTOR**

DTOP-775
Rev. 26/oct/2009

**S
O
L
I
C
I
T
U
D
O
N
D
E
P
A
R
C
I
R
C
E
R
T
I
F
I
C
A
D
O
S
D
E
M
O
T
O
R
L
I
C
E
N
C
I
A**

REQUISITOS BASICOS

1. Cumplimente y firme este formulario, incluida la Certificación Médica, utilizando bolígrafo de tinta oscura negra o azul en letra de molde o maquina.
2. Tres (3) fotografías tamaño 2" x 2" tomadas de frente, sin sombrero, sin uniforme y sin gafas oscuras.
3. Se requiere establecer prueba de presencia legal y fecha de nacimiento entregando el original de uno o más de los documentos indicados más adelante: Certificado de Nacimiento, expedido del año 2004 en adelante (original y copia la cual se retendrá), Pasaporte de E.U.A. (original y copia la cual se retendrá), ID Militar de E.U.A., Pasaporte Extranjero con Visa de E.U.A., Tarjeta de Inmigración I-94 (todos los documentos con foto reconocible y vigentes); conforme a lo establecido en el Anejo I del formulario.
4. Tarjeta de Seguro Social (original y copia la cual se retendrá), conforme a lo establecido en el Anejo I del formulario.
5. Incluya un sobre predirigido con franqueo si es para renovar por correo, pero iniciado el procedimiento de expedición de Licencia Digitalizada el solicitante de la renovación deberá comparecer en persona para tomar la foto correspondiente.
6. Certificado Médico cumplimentado por un doctor en medicina autorizado a ejercer la práctica en Puerto Rico, o en la jurisdicción donde resida el solicitante de la renovación por correo. Todo certificado deberá tener no más de seis (6) meses de expedido al momento de la solicitud
7. Se requerirá un sello de Rentas Internas por valor de un (\$1.00) dólar en toda solicitud de Certificado de Licencia de Conducir, para cumplir con la "Ley Número 296" de 25 de diciembre de 2002, "Ley de Donaciones Anatómicas de Puerto Rico".
8. Todo solicitante deberá pagar las multas administrativas pendiente de pago.
9. Someter recibo de agua, luz o teléfono o cualquier otro que disponga el Secretario, estos deberán estar a nombre de la persona solicitante, donde indique la dirección residencial. El documento no deberá tener más de dos (2) meses de expedido, conforme a lo establecido en el Anejo I de este formulario.
10. Cumplimentar el formulario DTOP-789 "Certificado del Oftalmólogo u Optómetra", para la categoría de Vehículos Pesados [Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3, Tipo 4]. Todo certificado deberá tener no más de seis (6) meses de expedido.

Será deber de toda persona autorizada a conducir vehículos de motor, notificar al Secretario cualquier cambio de dirección, como también su estado de salud físico y mental.

REQUISITOS BÁSICOS Y ADICIONALES POR CATEGORÍA

CERTIFICADO DE LICENCIA DE APRENDIZAJE - REQUISITOS BASICOS; 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 9

Requisitos adicionales:

Certificado de Patria Potestad firmado por el padre, madre o tutor legal ante Notario Público o Representante del Departamento de Transportación y Obras Públicas, si es menor de 18 años y mayor de 16 años de edad. Sello por valor de diez (10) dólares.

SOLICITUD EXAMEN PRÁCTICO PARA EL CERTIFICADO DE LICENCIA

Certificado Médico si han transcurrido más de dos años de la Certificación Médica anterior. Sello por valor de diez (10) dólares. El Certificado de Licencia de Aprendizaje tenga no menos de un mes ni más de dos años de expedido. El solicitante haya esperado seis (6) meses para solicitar el turno, si es menor de dieciocho (18) años y mayor de dieciséis (16) años. Se eximirá de examen práctico y/o escrito si hay reciprocidad con algún estado de Estados Unidos o país extranjero. En los casos de Certificado de Licencia de Vehículo Pesado deberá solicitar instrucciones adicionales en los Centros de Servicios al Conductor.

RENOVACIÓN - REQUISITOS BASICOS; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9

Requisitos adicionales:

Un Sello por valor de diez (10) dólares dentro del termino de 30 días. Si han transcurrido más de 30 días a partir de la fecha de expiración, el sello será de treinta (30) dólares.

CAMBIO DE CATEGORÍA REQUISITOS BASICOS; 1, 2, 6, 7, 8 y 9

Requisitos adicionales:

Certificado Médico si han transcurrido más de dos años de la fecha de la Certificación Médica anterior. Sello por valor de diez (10) dólares. Tomar examen escrito, si aplica. En los casos de Certificado de Licencia de Vehículo Pesado deberá solicitar instrucciones adicionales en los Centros de Servicios al Conductor.

CAMBIO LICENCIA A FORMATO DIGITALIZADO - REQUISITOS BASICOS; 1, 3, 5, 7, 8 y 9

Requisitos adicionales:

Sello por valor de cinco (5) dólares. La licencia será por el término que le resta a la licencia vigente entregada.

DUPLICADO - REQUISITOS BASICOS; 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 9

Declaración Jurada reciente, haciendo constar la circunstancia de la pérdida o hurto de la licencia indicando que no ha sido suspendida por los Tribunales u ocupada por la Policía de Puerto Rico. Deberá anotar en la misma el número de licencia, su categoría y el número de querrela de la Policía de Puerto Rico, cuando sea hurtada. Sello por valor de cinco (\$5.00) dólares. No requiere declaración jurada ni pago de derechos si el duplicado de licencia es por mandato de la Corte, cambio de dirección o deterioro, en cuyos casos se requiere la entrega de la licencia. Si la Declaración Jurada es de algún estado de Estado Unidos, la autorización del notario público, será suficiente".

CERTIFICADO DE LICENCIA PARA PERSONAS CON LICENCIA EXTRANJERA - REQUISITOS BÁSICOS; 1, 2, 3, 5, 6, 8 y 9

Requisitos adicionales:

Sello por valor de diez (10) dólares, entrega el Certificado de Licencia de Conducir extranjero del estado o país de procedencia al momento de recibir la de Puerto Rico. De tener licencia expedida fuera de Puerto Rico se cotejará el record choferil del estado o país de procedencia.

EL CERTIFICADO DE LICENCIA PARA CONDUCIR VEHÍCULOS DE MOTOR, CADUCA A LOS DOS (2) AÑOS LUEGO DE TRANSCURRIDO LOS SEIS (6) AÑOS DE SU VIGENCIA. AL CADUCARSE EL CERTIFICADO DEBERÁ SOLICITAR NUEVAMENTE LOS EXAMENES CORRESPONDIENTES.

SOLICITUD PARA CERTIFICADO DE LICENCIA PARA CONDUCIR VEHÍCULOS DE MOTOR

Favor lea las instrucciones antes de cumplimentar la información requerida en los encasillados. Llene la información requerida utilizando letra de molde o maquina de escribir con bolígrafo de color Negro o tinta oscura.

IDENTIFICACIÓN

Nombre _____		Segundo Nombre _____		Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____	
<input type="checkbox"/> Seguro Social	}	_____		Número		Presencia Legal	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residente				<input type="checkbox"/> Ciudadano U.S.A.			
<input type="checkbox"/> Pasaporte				<input type="checkbox"/> Residente Permanente			
<input type="checkbox"/> Otra (Ej. Certificado de Licencia vencido)				<input type="checkbox"/> Extranjero			

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de Nacimiento _____		Estatura _____		Tez /	Pelo/	Ojos	Tipo de Sangre _____	
_____/_____/_____ <small> Dia Mes Año</small>	_____/_____ <small> Pies Pulgadas</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	---	Amarillo	
Peso _____ Lbs. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Azul	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Blanco	
Número de Teléfono () _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Gris	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Marrón	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Negro	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Rojo	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Verde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Hazel	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	Calvo	

DIRECCIÓN RESIDENCIAL (requerida)

Urbanización, Barrio, Condominio _____

Número, Calle, Número de Apartamento _____

Pueblo, País _____ Código Postal _____

DIRECCIÓN POSTAL (sólo si es diferente a la residencial)

Apartado, Barrio _____

Pueblo, País _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DE LICENCIAS

Número de Licencia _____	<input type="checkbox"/> Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Vehículos Pesados	<input type="checkbox"/> Renovación
	<input type="checkbox"/> Motocicletas	<input type="checkbox"/> Tipo 1	<input type="checkbox"/> Duplicado
	<input type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/> Corrección
	<input type="checkbox"/> Chofer	<input type="checkbox"/> Tipo 3	<input type="checkbox"/> Cambio de Categoría
		<input type="checkbox"/> Remolcador	<input type="checkbox"/> Cambio Licencia Extranjera
			<input type="checkbox"/> Cambio Licencia a Formato Digital

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Información Licencia de Aprendizaje	Información Licencia de Conducir	Adhiera aquí sus (2) fotografías 2" x 2"
Nota del examen _____	Categoría _____	
Fecha del examen _____	Fecha de expedición _____	
Lugar del examen _____	Fecha de expiración _____	
Número de licencia _____	Operador(a) de terminal _____	
Fecha de expedición _____	Firma de revisor(a) _____	
Fecha de expiración _____	Fecha _____	
Firma del revisor(a) _____	Restricciones físicas _____	

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Nombre y Apellidos del padre _____ madre _____

Lugar de nacimiento del solicitante _____

¿Entiende el español? Sí No

¿Posee alguna licencia de conducir? Sí No ¿De donde procede? _____

¿Ha sido suspendida o cancelada su licencia en Puerto Rico? Sí No
Judicial Sistema de Puntos Incapacidad Revocación del Secretario Ley de ASUME

¿Ha sido convicto por uso de bebidas embriagantes? Sí No Fecha _____

¿Ha sido convicto por la ley de narcóticos? Sí No Fecha _____

¿Ha sido recluso en alguna institución por haber sufrido algún desorden mental? Sí No

Indique si tiene obligación alimentaria "ASUME" Sí No

De contestar sí, presente certificación de ASUME, de que está cumpliendo con la misma. (No más de 90 días de emitida). De no cumplir con esta disposición de ley, su privilegio de Certificado de Licencia de Conducir, podrá ser suspendido.

Indique si tiene deuda con "ACAA", por servicios médicos hospitalarios Sí No

De contestar sí, y tener impuesto un gravamen en nuestro sistema computadorizado presente certificación de ACAA, de que tiene un plan de pago y está cumpliendo con el mismo. De no cumplir con esta disposición de ley, su privilegio de Certificado de Licencia de Conducir, podrá ser suspendido.

Certifico que he leído o he sido instruido, sobre el contenido de la Ley Número 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico", y conozco sus disposiciones, principalmente las relacionadas con el tránsito, señales y seguridad y que puedo someterme al examen teórico, práctico o ambos según exige la Ley.

Certifico bajo las penalidades de perjurio que la información contenida en esta solicitud es correcta, cierta a mi mejor entender y así me consta de propio conocimiento.

Fecha

Firma

CERTIFICO DE PATRIA POTESTAD

Solicitantes menores de 18 años y mayores de 16 deben venir acompañados de su padre o madre debidamente identificado, o tutor legal, quien deberá presentar la Resolución del Tribunal asignándole la Patria Potestad, para firmar la misma. El padre o madre del menor, deberán presentar el documento que evidencie que posee la patria potestad sobre éste, si aplica. Ésta será firmada frente a un funcionario autorizado por el Departamento de Transportación y Obras Públicas o Notario Público Autorizado. La persona con la Patria Potestad bajo la cual se encuentre el menor se hará responsable de todas las multas que le impusieran a dicho menor por cualquier infracción a la Ley Número 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico" y al pago de los daños y perjuicios que dicho menor causare.

Affidávit Número _____

Yo _____

En _____ Puerto Rico.

en mi carácter de _____

Hoy _____ de _____ de _____ compareció

con identificación _____ autorizo a que se le

Nombre padre, madre o tutor legal

expida la licencia de aprendizaje o permiso correspondiente a:

de quien doy fe de conocer personalmente, para dar consentimiento a que se le expida una licencia de aprendizaje para conducir a:

Nombre completo del solicitante

Nombre del padre, madre o tutor legal (letra de molde)

Nombre del solicitante

Firma del padre, madre o tutor legal

Firma del Notario Público y/o Funcionario autorizado del DTOP

CERTIFICACIÓN MÉDICA

INSTRUCCIONES AL MÉDICO-Utilizar letra legible (letra del molde)

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Número 22, de 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico", todo aspirante a obtener Certificado de Licencia de Conducir Vehículos de Motor debe estar físicamente capacitado y sin aparente incapacidad mental para conducir.

El médico examinará al solicitante personalmente y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentre dicho solicitante.

Agudeza visual

Ojo derecho con lentes
Correctivos 20/ _____

Ojo izquierdo con lentes
Correctivos 20/ _____

Condición:
Congénita Adquirida

Ojo derecho sin lentes
Correctivos 20/ _____

Ojo izquierdo sin lentes
Correctivos 20/ _____

Ojo derecho

Ambos ojos _____

Ojo izquierdo

Observaciones: _____

Condición física y mental del solicitante

Oídos _____

Brazos _____

Piernas _____

Defectos físicos o mentales _____

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de inconsciencia? Sí No

¿Padece del corazón? Sí No

¿Usa marcapaso? Sí No

¿Usa prótesis? Sí No

Datos sobre el solicitante

Peso _____ Lbs

Color de ojos _____

Estatura _____ Pies _____ Pulgadas

Color de pelo _____

El que suscribe, certifica que está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico y hace constar que ha examinado a _____ y certifica que dicha persona está no está física y mentalmente capacitada para manejar vehículos de motor.

Fecha del examen

Firma del médico

Firma del solicitante

Nombre y licencia del médico (en letra de molde)