



## SOLICITUD DE LICENCIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

TIPO DE LICENCIA \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

DONADOR DE ÓRGANOS Y TEJIDO: SI ( ) NO ( )

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_