

Historial de cualificación de manejo

Nombre (nombre[s] de pila, apellidos)

Número de teléfono (con código de área)

Fecha de hoy

Fecha de nacimiento

Años de experiencia conduciendo

Licencia de conducir

Número de la licencia de conducir	Clase	Estado o país de emisión	Fecha de vencimiento
Restricciones incluidas en la licencia (si las hubiera)	Endosos incluidos en la licencia (si los hubiera)		

Discapacidad física o restricción para conducir

¿Tiene alguna dolencia física que pueda interferir con su capacidad para conducir un vehículo motorizado de manera segura (como convulsiones, vista deteriorada, etcétera)?

Sí No

En caso afirmativo, aporte detalles (adjunte páginas adicionales si fuera necesario).

¿Alguna vez se le negó, revocó o suspendió una licencia, permiso o privilegio para conducir un vehículo motorizado?

Sí No

En caso afirmativo, aporte detalles (adjunte páginas adicionales si fuera necesario).

Infracciones de tránsito Mencione cualquier citación de tránsito recibida en los últimos tres años (excepto infracciones de estacionamiento; adjunte páginas adicionales si fuera necesario).

Fecha	Lugar	Descripción (superar el límite de velocidad, no ceder el paso, giro incorrecto, etcétera).
Fecha	Lugar	Descripción (superar el límite de velocidad, no ceder el paso, giro incorrecto, etcétera).
Fecha	Lugar	Descripción (superar el límite de velocidad, no ceder el paso, giro incorrecto, etcétera).

Accidentes de tránsito Mencione cualquier accidente de tránsito que haya tenido en los últimos tres años (adjunte páginas adicionales si fuera necesario).

Fecha (más reciente)	Lugar	¿Se dictaminó que usted era responsable de más del 50 por ciento de la colisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Resultó herida alguna persona en la colisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Naturaleza del accidente (colisión frontal, giro a la izquierda, colisión posterior, etc.).			
Fecha	Lugar	¿Se dictaminó que usted era responsable de más del 50 por ciento de la colisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Resultó herida alguna persona en la colisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Naturaleza del accidente (colisión frontal, giro a la izquierda, colisión posterior, etc.).			
Fecha	Lugar	¿Se dictaminó que usted era responsable de más del 50 por ciento de la colisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Resultó herida alguna persona en la colisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Naturaleza del accidente (colisión frontal, giro a la izquierda, colisión posterior, etc.).			

Firma

Con mi firma, certifico haber completado este formulario de manera verídica y exacta según mi saber y entender. También autorizo a la Iglesia a procurar una copia vigente de mi Registro de Vehículos Motorizados (RVM) en cualquier momento de mi empleo a fin de verificar mi historial de conducción. Entiendo que la información de mi RVM puede resultar en la pérdida de mis privilegios para conducir. También entiendo que cualquier tergiversación de la información en esta solicitud es motivo de despido inmediato.

Firma del conductor

Fecha