



SOLICITUD DE LICENCIA / IDENTIFICACIÓN DE VIAJE

Motor Vehicle Division

40-5122S R03/23 azdot.gov

¿Qué está solicitando?

- Licencia de Conducir
- Tarjeta de Identidad
- Licencia Comercial
- Permiso (No para Identificación Federal)
- CDL Permiso (No para Identificación Federal)
- Motocicleta

¿Ha tenido alguna vez una DL/ID emitida en Arizona? No Sí

Número de Contacto (opcional)
()

Número de Seguridad Social	Nombre de Solicitante (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)			Sufijo
Dirección de Domicilio	(Apt / Unidad #)	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (de ser diferente) <input type="checkbox"/> <i>Aparezca en Licencia</i>	(Apt / Unidad #)	Ciudad	Estado	Código Postal

Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso (en libras)	Estatura (pies/pul)	Color de Ojos	Cabello	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
---	------------------	---------------------	---------------	---------	-----------------------------------

Inscribirse para Votar: ¿Desea inscribirse para votar o actualizar su inscripción de votar y satisface todos los siguientes requisitos? (1) Soy **ciudadano de EE.UU.**; (2) Soy **residente de Arizona**; (3) Tendré por lo menos **18 años de edad** antes de la próxima elección general; (4) **No** he sido condenado por **delito** (ni me han reinstaurado mis derechos civiles) y (5) No se me ha declarado mentalmente **incapacitado** habiendo sido revocado mi derecho a votar.

Para votar en la siguiente elección, usted debe inscribirse por lo menos 29 días antes de la elección. El lugar donde se inscriba, o su decisión a no inscribirse, se mantendrá confidencial. Presentar una inscripción de votante falsa es un delito clase 6.

Sí, quiero inscribirme para votar o actualizar mi inscripción. Por medio de firmar a continuación, declaro o afirmo que satisfago todos los requisitos detallados arriba.

1. Deseo que me apunten en la **Lista Permanente de Votación Anticipada** (PEVL) y recibir una boleta anticipada por correo para cada elección en la cual califico para votar.
2. **Preferencia de Partido:** Republicano Demócrata Otro _____ Ninguno/Ningún Partido

NO, no utilizar esta información para inscribirme para votar.

1. **DONANTE** Marco esta casilla para llegar a ser donante de órgano/tejido y me uno al Registro DonatLifeAZ. DONOR aparecerá en mi licencia.
2. Soy un veterano Militar de EE.UU. que fue alistado, reclutado o comisionado para servir en el servicio activo militar, naval o aéreo y no he recibido baja deshonrosa. Me gustaría que la palabra "VETERAN" apareciera en mi licencia/ID. **(Prueba requerida)**
3. Tengo una condición médica que deseo que aparezca en mi licencia/ID. **(Prueba requerida)**
4. ¿Tiene una condición física, psicológica o de la visión (**aparte de usar lentes correctivos**), o dependencia al alcohol/droga o actualmente está tomando cualquier medicamento que podría afectar su habilidad de operar sin peligro un vehículo de motor? No Sí

Favor de explicar

5. ¿Alguna vez ha sido declarado incapacitado por un tribunal? No Sí
6. **(Opcional)** ¿Consiente usted a la revelación de la información personal contenida en su licencia de conducir y registro de vehículo? Comprendo que este **no** es un consentimiento único que aplica a un individuo u organización específica, sino que es un consentimiento general que aplica a todas las solicitudes de cualquier y todo individuo u organización para cualquier propósito, hasta ser revocado por mí por escrito. (Consentimiento para registros de vehículos aplica a todos los dueños) No Sí

SOLICITANTE DE CDL SOLAMENTE

Estados en los cuales usted ha tenido una licencia de cualquier tipo en los últimos 10 años (CFR) 49 Sección 384.206

Interestatal no Exceptuado: Certifico que opero o espero operar, en comercio interestatal y satisfago los requisitos de conformidad con 49 CFR 391. Comprendo que se exige que yo obtenga un certificado de un examinador médico según 49 CFR 391.45.

Intraestatal no Exceptuado: Certifico que opero en comercio intraestatal y por lo tanto estoy sujeto a los requisitos para conducir de Arizona. Comprendo que se exige que yo obtenga un certificado de un examinador médico según 49 CFR 391.45.

No deseo una DL/ID de viaje (Credencial que cumple con Federal REAL ID Act). Comprendo que, al marcar esta casilla, aparecerá en mi licencia o ID NOT FOR FEDERAL IDENTIFICATION en la parte superior y no podré usarla en seguridad del aeropuerto ni para entrar en edificios federales, bases militares ni plantas nucleares y posiblemente habrá otros propósitos para los cuales no la podré usar.

Todos los Solicitantes: Certifico bajo pena de perjurio que la información arriba es veraz y correcta. Comprendo que tengo que informar un cambio de domicilio o nombre al MVD dentro del plazo de 10 días. **Todos los Conductores Solicitantes:** Comprendo las leyes, reglas y regulaciones descritas en el Manual de Licencia de Conducir de Arizona, y que debo informarle al MVD por escrito, en el plazo de 10 días, sobre cualquier condición médica que se desarrolle o empeore que podría afectar mi habilidad de operar sin peligro un vehículo de motor.

Número de Seguridad Social: La A.R.S. §§ 28-3158(D)(4) y §§ 28-3165(F), exige, bajo autoridad de 42 U.S.C. §§ 405(c)(2)(C) y § 666 (a)(13)(A), que usted provea su Número de Seguridad Social. Se utilizará para verificar su identidad y para cumplir con leyes federales y estatales de ejecución de manutención de menores. No se utilizará como su número de licencia de conducir o carné de identidad.

Solicitantes Varones Menores de 26: Por medio de presentar esta solicitud, consiento a inscripción al Sistema de Servicio Selectivo si la ley federal exige que me inscriba. Si soy menor de 18, comprendo que seré inscrito según lo exige la ley federal al cumplir yo 18 años.

Firma de Solicitante			
Acknowledged before me this date.		Notary or MVD Agent Signature & RACF	
Date	County (notary only)	State	Commission Expires

Notary Stamp

MVD AGENT – Vision Results

Passed Vision Exam – YES or Passed Daylight Restriction Vision Exam – YES - Corrective Lens – MVD Agent RACF _____

Certificado de Tutor Legal
Para solicitantes de licencia/permiso menores de 18
Escriba sus iniciales en la casilla que aplique a su relación con el solicitante:

Notary Stamp

1. Padre Natural/Adoptivo, casado con otro padre natural/adoptivo (Escriba sus iniciales) _____
2. Padre Natural/Adoptivo con custodia exclusiva (Escriba sus iniciales) _____
3. Padres Naturales/Adoptivos que comparten custodia (**Requiere firmas de ambos padres**) (Escriban sus iniciales) _____
4. Tutor legal con custodia plena (Escriba sus iniciales) _____ (**Prueba requerida**) _____
5. Otro (Escriba sus iniciales) _____ (**Prueba requerida**) _____

Certificado de Práctica de Conducir

El solicitante completó por lo menos 30 horas de práctica de conducir supervisado, incluyendo por lo menos 10 horas de noche para una licencia graduada de conducir; por lo menos 30 horas de práctica de conducir motocicleta para una licencia de motocicleta o endoso de motocicleta. (Escriba sus iniciales) _____

Yo soy el responsable por cualquier negligencia o mala conducta intencionada causada por el solicitante menor de edad.

Nombre de Padre o Tutor Legal				Nombre de Padre o Tutor Legal			
Firma de Padre o Tutor Legal				Firma de Padre o Tutor Legal			
Acknowledged before me this date.		Notary or MVD Agent Signature & RACF		Acknowledged before me this date.		Notary or MVD Agent Signature & RACF	
Date	County (notary only)	State	Commission Expires	Date	County (notary only)	State	Commission Expires

MVD AGENT

Driving/MSF Certificate Submitted Date: _____

CDL Permit/Endorsement Knowledge Test

Date	<input type="checkbox"/> Pass	MVD Agent RACF
------	--------------------------------------	----------------

Rules of the Road

Date	<input type="checkbox"/> Pass	MVD Agent RACF
------	--------------------------------------	----------------

Parking Testing

Date	<input type="checkbox"/> Pass	MVD Agent RACF
------	--------------------------------------	----------------

CDL Road/Skills Test

Date	<input type="checkbox"/> Pass	MVD Agent RACF
------	--------------------------------------	----------------

Motorcycle Knowledge Test

Date	<input type="checkbox"/> Pass	MVD Agent RACF
------	--------------------------------------	----------------

Road/Skills Test

Date	<input type="checkbox"/> Pass	MVD Agent RACF
------	--------------------------------------	----------------

MVD AGENT

Primary

Used OnBase/Base Record date: _____

Social Security Verification

Used ONBASE Doc date: _____

Residency

I certify that the documents used in order to establish this customers identity and eligibility have been verified and scanned into the system.

MVD Agent Signature & RACF _____