



## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CENTRO DE FORMACIÓN DE CONDUCTORES

LA EMPRESA ..... con NIF/CIF .....  
 DOMICILIO FISCAL ..... CÓDIGO POSTAL .....  
 MUNICIPIO ..... PROVINCIA .....  
 TELÉFONO ..... E-MAIL .....

### DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (Rellenar si procede)

DOMICILIO ..... CÓDIGO POSTAL .....  
 MUNICIPIO ..... PROVINCIA .....

### DATOS DEL REPRESENTANTE (Rellenar si procede)

D. /DÑA ..... con DNI .....  
 En nombre de ..... con CIF .....  
 DOMICILIO ..... CÓDIGO POSTAL .....  
 MUNICIPIO ..... PROVINCIA .....  
 TELÉFONO ..... E-MAIL .....

**EXPONE:** Que de conformidad a la normativa vigente en materia de cualificación inicial y formación continua de los conductores de determinados vehículos destinados al transporte por carretera, le sea AUTORIZADO el centro de formación siguiente:

### DATOS DEL CENTRO

DENOMINACIÓN .....  
 DOMICILIO ..... CÓDIGO POSTAL .....  
 MUNICIPIO ..... PROVINCIA .....  
 TELÉFONO ..... E-MAIL .....  
 DIRECTOR/A DEL CENTRO: D./DÑA ..... con DNI .....

### DATOS DEL PROFESORADO

| PROFESORES AUTORIZADOS | DNI | ESPECIALIDAD |
|------------------------|-----|--------------|
|                        |     |              |

### DATOS DE PERSONAS CON FIRMA DIGITAL AUTORIZADA

| APELLIDOS Y NOMBRE | DNI |
|--------------------|-----|
|                    |     |

### DATOS DE FORMACIÓN TEÓRICA

CUALIFICACIÓN INICIAL:  CONDUCTORES VIAJEROS      CUALIFICACIÓN CONTINUA   
 CONDUCTORES MERCANCIAS

### DATOS DE FORMACIÓN PRÁCTICA: CUALIFICACIÓN INICIAL

INSTALACIONES:  PROPIAS       AJENAS      VEHÍCULOS:  PROPIOS       CONCERTADOS  
 DIRECCIÓN      TITULAR  
 CIF/NIF.

### POLIVALENCIA CURSOS (Rellenar si procede)

CONDUCTOR MERCANCIAS PELIGROSAS       RECUPERACIÓN PUNTOS PERMISO DE CONDUCIR

Por ello **SOLICITA** le sea otorgada la Autorización acreditativa, que le será

ENTREGADA EN OFICINA       NOTIFICADA POR CORREO

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo.:

Sello y/o firma del representante