



**SOLICITUD DE TARJETA CAP
- FORMACIÓN CONTINUA -**

| | | |
|--|-----------|--------------------|
| 1. Datos del solicitante. | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | NIF/NIE |
| Representante legal (en su caso). | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | NIF/NIE/CIF |
| Datos de contacto a efectos de notificaciones <input type="checkbox"/> <i>Solicitante</i> <input type="checkbox"/> <i>Representante</i> | | |
| DIRECCIÓN | | |
| CÓDIGO POSTAL | MUNICIPIO | PROVINCIA |
| TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO |

TRAMITACIÓN PERSONAL

TRAMITACIÓN POR EL CENTRO

| |
|---|
| 2. Expone: |
| Que habiendo superado el CURSO DE FORMACIÓN CONTINUA (35 horas) realizado en el CENTRO: <input type="text"/> |

| |
|--|
| 3. Solicita: |
| Tarjeta acreditativa del Certificado de Aptitud Profesional (Cap) |

| |
|---|
| 4. Documentación aportada: |
| <input type="checkbox"/> Original y Fotocopia, para su cotejo, del Certificado acreditativo de la realización del Curso. |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del Documento Nacional de Identidad |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del Permiso de Conducir, en vigor |
| <input type="checkbox"/> Resguardo del pago de la tasa de veinticinco euros (25€) por expedición y/o renovación de tarjeta de cualificación. |
| http://www.autoliquidaciones.valoragt.com/intro.php . (Hecho Imponible nº 32) |

En Las Palmas de Gran Canaria, a ___ de _____ de 201__.

El/La Solicitante,

Fdo.: _____.

SR. CONSEJERO DE AREA DE TRANSPORTES Y MOVILIDAD