



SOLICITUD DE LICENCIA DEL OFICIO

221 N. Figueroa St., Room 700
 Los Angeles, CA 90012
 (213) 482-0099

Título del examen: _____ Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Ojos: _____ Cabello: _____

Empleador – Nombre y dirección <small>* Sólo muestre la experiencia necesitada para calificar para el examen</small>	Deberes relacionados al examen	Fechas	Tiempo total
		De: A:	AÑOS/MESES
		De: A:	AÑOS/MESES
		De: A:	AÑOS/MESES
		De: A:	AÑOS/MESES
		De: A:	AÑOS/MESES

Por la presente certifico que toda la información que he dado aquí es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que cualquier declaración falsa me hará objeto de descalificación. *SOLDADORES CERTIFICADOS SOLICITANTES: Al firmar a continuación usted autoriza al Departamento publicar su foto e información de su licencia en nuestro sitio web a la expedición de la licencia.

 Firma completa del solicitante

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE:

NÚMERO DEL EXAMEN	ESTADO DEL EXAMEN			
	Fecha de examen			
NÚMERO DE LICENCIA	Oral			
	Escrito			
	Final			
	Inicial			

Para uso del cajero

CARGOS		2os Cargos (si corresponde)
Aprobado para el examen		
Cargo de presentación		
Recargo de una parada		
Recargo de sistema		
Cargos total a pagar		

Como entidad cubierta bajo el Título II de la Ley de Americanos con Discapacidades, la Ciudad de Los Ángeles no discrimina sobre la base de la discapacidad y, de ser solicitado, proveerá ajustes razonables para asegurar el acceso equitativo a sus programas, servicios, y actividades.