



Yo,

**ruego atienda el día a las horas, para reconocimiento médico de renovación
del carné de conducir a:**

NIF:

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Fecha de nacimiento:

Caducidad del carné de conducir:

Teléfono:

Dirección:

D
,Gestor Colegiado Titular respecto al solicitante al que representa, declara:
1. que ha verificado los documentos que sobre identidad y representación
son exigidos por (el Anexo XIII A) 3º del Reglamento General de Vehículos
(RD 2822/1998, de 23 Diciembre)
2. que el domicilio aportado es el domicilio legal del/de los solicitante/s.
3. que obra en su poder y conserva mandato suficiente para actuar en
nombre del/de los solicitante/s.

Fecha: