|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **MINISTERIO DEL INTERIOR**Dirección General de TráficoJEFATURA PROVINCIAL DE TRÁFICODE MADRID |  | Sello de entrada |
|  |  |
| **SOLICITUD DE DUPLICADO POR:** |  |  |
|  | **CAMBIO DE DOMICILIO** (1) | (1) Indique su **nuevo domicilio**. |
|  | **SUSTRACCIÓN** (2) | (2) En caso de duplicado por sustracción o extravío, si su domicilio ha cambiado, marcar también “**cambio de domicilio**”. |
|  | **EXTRAVÍO** (2) |
|  |
| **DATOS DEL SOLICITANTE (Rellene todos los campos en MAYÚSCULAS y con letra clara)****En caso de que sea necesario entregar documentación marque la opción deseada:****□** Pasa a recogerla la misma persona (titular del permiso/s) o persona autorizada.**□** Solicita que se le envíe por correo ordinario. El Ayuntamiento no se hace responsable de su extravío por el servicio de Correos. El documento solicitado estará a su disposición en un plazo no inferior a veinte días, contado desde la fecha de su presentación en el Ayuntamiento. |
| Nombre | Apellido 1 | Apellido 2 |
| NIF | Fecha de nacimiento | Teléfono |
| **DOMICILIO** (Indicar todos los datos: Calle, Pza., Av., etc.) | Número | Bloque | Portal | Escalera | Planta | Puerta |
| Código Postal**28** | Municipio**ALCOBENDAS** | Provincia**MADRID** |
| **DATOS DEL COTITULAR (Cumplimentar y firmar sólo si el vehículo tiene más de un titular)** |
| NIF | NOMBRE Y APELLIDOS |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SOLICITA TRAMITAR** |
|  | **PERMISO DE CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS** |  | **PERMISO O LICENCIA DE CONDUCCIÓN** |
|  |  | Marque si el cambio de domicilio procede de otro municipio. |
|  |
|  | **DATOS DEL/LOS VEHÍCULOS (solo para Permiso de Circulación)** |  |
|  | MATRÍCULA | FECHA DE MATRICULACIÓN |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| **DOCUMENTACIÓN APORTADA (a cumplimentar por la Administración)** |
| **□** | Comprobado domicilio. |
|  |
| Solicito duplicados de los permisos de circulación de los vehículos arriba indicados y/o modificación del Registro de Conductores por la causa marcada al principio. |
| **En Alcobendas, a** \_\_ **de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **de 20**\_\_ |  |
| DATOSVERIFICADOS | Firma del/la funcionario/a:Sello del SAC | **Firma del/la solicitante/s:** |
| Los datos contenidos en esta solicitud, necesarios para el desarrollo de las competencias de este organismo, serán tratados informáticamente. (Art. 5.1 de la Ley 15/99 de 13 de diciembre). |