ACTA DE AUTORIZACIÓN

Ciudad de Villa Carlos Paz, _____de_____del 20_____

Por la presente AUTORIZO a_____

De_____ años de edad, Documento Tipo_____ N°_____

Domiciliado en calle _____N°_____

De la ciudad de _____Provincia:_____

A gestionar (Trámites administrativos, Prácticas médicas y Psicológicas) y obtener la licencia de conducir Clase A1.2 apta para: Motocicletas de hasta CIENTO CINCUENTA CENTIMETROS CUBICOS (150 cc) de cilindrada o 11 kw; Por este acto el AUTORIZANTE se hace responsabie por los daños a terceros e Infracciones que pueda cometer la persona autorizada, en un todo de acuerdo a lo establecido por los articulos 11°,17° de la ley N° 24.449 y su reglamentación.

Apellido y Nombre del autorizante_____

DNI_____

DOMICILIO_____

EN CALIDAD DE_____

_____ _____

FIRMA DEL SOLICITANTE **FIRMA DEL AUTORIZANTE**