

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN TÉCNICO- SANITARIA DE VEHÍCULOS DE
TRANSPORTE SANITARIO POR CARRETERA**

DATOS DEL SOLICITANTE

D/D ^a		
DNI:	Titular <input type="checkbox"/> / representante legal <input type="checkbox"/> (marque lo que corresponda)	
Dirección:	C. postal:	
Localidad:	Teléfono:	Correo electrónico:

DATOS DEL VEHÍCULO/ VEHÍCULOS

Matrículas:

EMPRESA

Nombre:	NIF/ CIF:	
Domicilio:	C. Postal:	
Localidad:	Teléfono:	Correo electrónico:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (originales o copias compulsadas).

<input type="checkbox"/> NIF solicitante, CIF de la empresa
<input type="checkbox"/> Tarjeta de inspección técnica del vehículo
<input type="checkbox"/> Permiso de circulación del vehículo
<input type="checkbox"/> Relación del personal que preste servicio en los vehículos, con justificación de su titulación, formación, dedicación, actualizada anualmente a día 30 de junio
<input type="checkbox"/> Tasa

Autorizo al Gobierno de Navarra a recabar de otras Administraciones Públicas los datos de DNI y titulación que se precisen para la tramitación y resolución del expediente.

Fecha

Firma del solicitante