



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION Y OBRAS PÚBLICAS  
AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES  
PROGRAMA DESCUENTO ESTUDIANTE



**SOLICITUD**

Favor de completar este formulario y devuélvalo con todos los requisitos y documentos requeridos.  
Escriba en letra de molde o maquinilla.

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
FECHA NACIMIENTO		FEMENINO		MASCULINO	
<input type="text"/>		<input type="text" value="#Error"/>		<input type="text" value="#Error"/>	
CALLE			NUM RESIDENCIA		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
URBANIZACION		PUEBLO		ZIP CODE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TEL. RESIDENCIAL					
<input type="text"/>					

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

**PARA USO DEL PROGRAMA**

FECHA DE INGRESO	<input type="text"/>	NUM. IDENTIFICACION	<input type="text"/>
FECHA DE EXPIRACION:	<input type="text"/>		