



**GOBIERNO  
DE TODOS**



**SSPCAM**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE

## **SOLICITUD DE LICENCIA**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE LICENCIA** \_\_\_\_\_ **MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_

**DONADOR DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:**            **SI( )**            **NO( )**

**EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_