Haga clic aquí para INICIAR o BORRAR, luego presione el botón TAB

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF LICENSING
PO Box 9031 • Olympia, Washington 98507-9031

Nombre del solicitante _____)
)
N.º de licencia de conducir de Washington _____) **DECLARACIÓN DE MANEJO**
Solicitante,)
v.)
ESTADO DE WASHINGTON)
DEPARTMENT OF LICENSING)
Demandado.)
_____)

No he operado un vehículo motorizado en ninguna vía pública desde _____.
Fecha *(mm, dd, aaaa)*

Entiendo que si el Department of Licensing recibe evidencia de que operé un vehículo motorizado después de la fecha mencionada, se revocará nuevamente mi derecho de conducir. Tal revocación se mantendrá vigente durante el tiempo que resta de la revocación original como infractor de tránsito reincidente, hasta el final de todas las revocaciones de primer grado de DWLSR (Driving While License Suspended or Revoked, manejo mientras la licencia está suspendida o revocada)

Tengo los siguientes cargos pendientes:

Fecha	Cargo	Tribunal

Certifico bajo pena de perjurio en virtud de la ley de Washington que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha y lugar donde se firma

Nombre del solicitante ESCRITO o IMPRESO

X **Cuando haya llenado este formulario, imprímalo y firme aquí.**

Firma del solicitante