



**CERTIFICADOS DE COMPETENCIA ESPECIAL OTRAS ESPECIALIDADES  
(RENOVACIÓN)**

DATOS DEL SOLICITANTE (CAMPO OBLIGATORIO)			
Nombre / Razón Soc.:		R.F.C.¹	
Domicilio:		Colonia:	
C.P.:		Entidad Fed.:	
Delegación o Municipio:		Correo electrónico para recibir notificaciones:	
Teléfono:			
Acepto Notificación vía Correo Electrónico:²		Sí	No

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN SU CASO)			
R.P.A.³		R.F.C.:	
Nombre / Razón Soc.:		Colonia:	
Domicilio:		Delegación o Municipio:	
Entidad Fed.:		Teléfono:	
Correo electrónico:			
C.P.:			
Autorizo para recibir notificaciones a:			

TRAMITE: CERTIFICADO DE COMPETENCIA ESPECIAL PARA OTRAS ESPECIALIDADES	
<b>Renovación</b>	
<input type="checkbox"/>	Oficial Electrotécnico
<input type="checkbox"/>	Marinero de Primera de Puente
<input type="checkbox"/>	Marinero Electrotécnico
<input type="checkbox"/>	Marinero de Primer de Maquinas
<input type="checkbox"/>	Médico General
1. Solicito que la resolución de mi trámite se envíe a la Ventanilla de Gestión de Trámites de la Capitanía de Puerto en:	
2. Solicito que la resolución de mi trámite permanezca en la Ventanilla de Gestión de Trámites de la Capitanía de Puerto donde fue ingresado:	
Sí	No

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¹ R.F.C REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

² DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTICULO 35 FRACCIÓN II DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO, ACEPTO RECIBIR NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE MEDIO DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA, EN LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO SEÑALADA.

³ R.P.A. REGISTRO DE PERSONAS AUTORIZADAS