SOLICITUD PARA EL CAMBIO DE GÉNERO DE PERSONAS TRANSGÉNERO

Favor de proveer la información solicitada a continuación utilizando bolígrafo o medio mecanizado a su disposición.

Parte A - DATOS DEL SOLICITANTE

Deberá presentar este formulario acompañado de uno de los siguientes documentos: Certificado de nacimiento, el pasaporte o certificación emitida por un profesional de la salud o profesional de la conducta que tenga relación con el solicitante. Cuando no posea algún documento expedido previamente, un profesional de la salud o profesional de la conducta que tenga relación con el solicitante deberá completar la Parte B de éste formulario.

_____ _____ _____ _____
Nombre Inicial Apellido paterno Apellido materno

Número de seguro social _____-_____-_____ Núm. Lic. de Conducir/Tarjeta de Identificación_____

_____ _____

_____ _____
Dirección Física Dirección Postal

Por este medio solicito se expida [ ] licencia de conducir, [ ] tarjeta de identificación, a mi nombre con la indicación del género seleccionado a continuación:

[ ] Femenino [ ] Masculino

A esos efectos yo _____, bajo apercibimiento de pena de perjurio Certifico; que esta petición obedece exclusivamente a mi interés de que la licencia de conducir o tarjeta de identificación que me expida este Departamento, esté acorde con el género con el cual me identifico, y que no la hago con el propósito de defraudar ni cometer acto ilegal alguno.

_____ _____
Firma del solicitante Fecha (d/m/a)

Parte B – Información del Profesional Clínico Evaluador del solicitante

_____ _____ _____
Nombre del profesional clínico evaluador Inicial Apellidos

_____
Título del profesional clínico evaluador (Sicólogo, Terapeuta, Trabajador Social, Médico, Manejador de casos o consejero evaluador).

_____ _____

_____ _____
Dirección Física Dirección Postal

Número de teléfono ____-____-_____ Núm. de licencia del profesional evaluador o su supervisor _____

Para todos los fines pertinentes y basado en mi opinión profesional, hago constar que la identidad de género de la persona arriba descrita es: [ ] Femenino [ ] Masculino; y que se puede esperar que este siga siendo el género con el cual se le identifique en el futuro.

Certifico bajo pena de perjurio que la información aquí provista es cierta y verdadera.

_____ _____ _____
Firma del Clínico Profesional Evaluador Núm. de licencia Fecha (d/m/a)

Nota: Toda persona que suministre información al Secretario o fotografías falsas u/o oculte información para obtener una licencia de conducir o tarjeta de identificación, incurrirá en delito menos grave conforme dispone el Artículo 3.23 Ley de Vehículos y Tránsito de PR.