



Rhode Island Department of Labor and Training
División de Regulación de Profesiones
1511 Pontiac Avenue, Cranston, RI 02920
Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | www.dlt.ri.gov

INSTRUCCIONES PARA LA RENOVACION DE LICENCIA DE ALARMAS COMERCIALES

PARA EVITAR RETRASOS, LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES

Por favor escriba a máquina o en letra de molde claramente

Debe contestar completa y veridicamente cada pregunta. Cualquier falsedad intencional será causal para el rechazo o subsecuente revocación de la Licencia de Agencia y Tarjetas de Identificación como Agente.

Toda solicitud para licencias debe de venir acompañada por una cuota obligatoria por el tramite de \$50 y una cuota por la licencia de \$300. El costo total es de \$350. Haga los pagos a:

Rhode Island, General Treasurer.

Debe presentar prueba de certificado de prolongación de bono (e.g. copia de factura de su compañía de seguros que muestre que usted pago la prima de renovación del bono corriente o un certificado de prolongación de la compañía de seguros).

POR FAVOR LLAME SI TIENE PREGUNTAS



Rhode Island Department of Labor and Training
División de Regulación de Profesiones
 1511 Pontiac Avenue, Cranston, RI 02920
 Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | www.dlt.ri.gov

SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE ALARMAS COMERCIALES

Cuota por tramite \$50 Cuota por licencia \$300 Costo total \$350

Empresa de Alarmas: _____ Licencia #: _____

Nombre del agente que califica: _____ Vencimiento: _____

Dirección: _____ FEIN # _____

Enumere todas sus sucursales: _____

Horas HÁBILES Regulares: _____ DÍAS De Funcionamiento: _____

TELÉFONO de Oficina #: _____ EMAIL: _____

¿OFRECE SERVICIO DE EMERGENCIA LAS 24 HORAS? SÍ NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE BONOS: _____

Fecha de vencimiento del bono: _____ NÚMERO DE BONO: _____

PERSONA QUE PRESENTA Y FIRMA LA SOLICITUD DE PARTE DE LA COMPAÑÍA

El que suscribe, por este medio solicita la renovación de la licencia de alarmas comerciales conforme a las estipulaciones del Título 5, Capítulo 57 de las leyes generales de Rhode Island y presta juramento sobre la veracidad y certeza de toda declaración suplementaria adjuntada a la presente.

Nombre: _____ Seguro Social # _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Firma del Solicitante

Marque el título que le corresponda: Dueño individual Socio Funcionario principal Agente calificante

¿Usted, el firmante de esta solicitud, alguna vez fue condenado en alguna jurisdicción por algún delito mayor o menor, o a su mejor saber y entender, alguno de los dueños, socios, o funcionarios corporativos de la empresa de alarmas del solicitante, incluyendo los que residan fuera del estado, han sido condenados en alguna jurisdicción por algún delito mayor o menor?

Sí No

Si la respuesta fue sí, nombre al individuo, cargo, tribunal de la jurisdicción, fecha de condena, pena impuesta, resolución final, si existe alguna, en una hoja separada de papel y adjuntela a esta solicitud.

 Subscribed and sworn this _____, day of _____, 20 _____.

Signature of Notary Public _____ Commission Expires: _____