



**TESORERA Y RECAUDADORA DE IMPUESTOS**

**Donna Riley**  
Tesorera y recaudadora de impuestos

PO Box 859, Modesto, CA 95353  
1010 10<sup>th</sup> Street, Ste 2500, Modesto, CA 95354  
Teléfono: 209-525-6388  
Fax: 209+525-4347

**SOLICITUD DE PERMISO EN VIRTUD DE LA ORDENANZA 6.68 VENDEDOR AMBULANTE / ITINERANTE**

Permiso de 10 días	Permiso de 30 días	Permiso de 1 un año
Condado de Stanislaus \$ 5.00	Condado de Stanislaus \$ 10.00	Condado de Stanislaus \$ 25.00
Estado de California \$ 4.00	Estado de California \$ 4.00	Estado de California \$ 4.00
<b>Cargo total \$ 9.00</b>	<b>Cargo total \$ 14.00</b>	<b>Cargo total \$ 29.00</b>

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección permanente: \_\_\_\_\_

Dirección local (si es diferente): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Información de licencia de conducir/identificación estatal:

Nro. de identificación:	Sexo: M F	Fecha de nacimiento:	Altura:	Pelo:	Ojos:
-------------------------	-----------	----------------------	---------	-------	-------

¿Tiene antecedentes penales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Condenas por delitos graves? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explicar: \_\_\_\_\_

Información del vehículo:

Año:	Marca/Modelo:	Nro. de licencia:	Color:
------	---------------	-------------------	--------

Tipo de productos para la venta: \_\_\_\_\_

Camión de tacos Sí No	En caso afirmativo, nombre del camión:
Nro. de permiso del Departamento Estatal de Alimentos y Ag.:	Nro. de recibo:
Fecha de vencimiento del aviso de inspección del Dpto. de Recursos Ambientales (DER):	

Información de empleo:

Trabajador autónomo: <input type="checkbox"/>	(Saltar a la siguiente sección)	Empleado: <input type="checkbox"/>	Tipo de actividad comercial:
Nombre del empleador:		Nro. de teléfono del empleador:	
Dirección del empleador:			

**LOS CÓDIGOS DE ZONIFICACIÓN DEL CONDADO DE STANISLAUS SOLO PERMITEN VENEDORES AMBULANTES AL BORDE DE LA CARRETERA EN ÁREAS NO INCORPORADAS HABILITADAS PARA FINES COMERCIALES O INDUSTRIALES. \_\_\_\_\_ (COLOCAR INICIALES)**

El suscrito certifica, bajo pena de perjurio, que las declaraciones presentes en esta solicitud son verdaderas.

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

**For Office Use Only**

Permit Issued: \_\_\_\_\_ Permit Expires: \_\_\_\_\_

Receipt #: \_\_\_\_\_ Permit #: \_\_\_\_\_

Processed By: \_\_\_\_\_

Copies To: Applicant, Sheriff & DER Office