

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y DESARROLLO COMUNITARIO

DIVISIÓN DE CÓDIGOS Y NORMAS

PROGRAMA DE VIVIENDAS PREFABRICADAS

9342 Tech Center Drive, Suite 500, Sacramento, CA 95826

P.O. Box 278180, Sacramento, CA 95827-8180

(800) 952-8356 / FAX (916) 854-2564

Desde teléfonos TDD: 1-800-735-2929

www.hcd.ca.gov



SOLICITUD PARA EXAMEN INSPECTOR DE GARANTÍA DE CALIDAD DE VIVIENDAS PREFABRICADAS

NOMBRE _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

DOMICILIO _____
NÚMERO Y CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO (_____) _____ (_____) _____
COMERCIAL _____ PARTICULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

AGENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD _____ (_____) _____
TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DE LA AGENCIA _____
NÚMERO Y CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

EXPERIENCIA LABORAL

(ENUMERE EL EMPLEADOR MÁS RECIENTE PRIMERO)

DESDE MES/AÑO	HASTA MES/AÑO	TÍTULO Y FUNCIONES REALIZADAS	EMPLEADOR(ES) NOMBRE, DIRECCIÓN, TIPO DE NEGOCIO

ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL RELEVANTE O CURRÍCULUM EN LA PARTE POSTERIOR

EDUCACIÓN

NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA ESCUELA PREPARATORIA _____ HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DEL GRADO COMPLETADO: 9 10 11 12

NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD O COLEGIO _____ TIPO DE TÍTULO OBTENIDO _____ FECHA DE OTORGAMIENTO DEL TÍTULO _____

SOLICITUD PARA EXAMEN INSPECTOR DE GARANTÍA DE CALIDAD DE VIVIENDAS PREFABRICADAS

CERTIFICADOS Y LICENCIAS

TIPO Y NÚMERO DE CERTIFICADO _____ NOMBRE DE LA ENTIDAD EMISORA _____ FECHA DE OTORGAMIENTO _____ FECHA DE VENCIMIENTO _____

POR FAVOR INDIQUE EL TIPO DE CERTIFICACIÓN DESEADO:

UNIDADES COMPLETAS Y PANELES DE COMPONENTES

SOLO PANELES DE COMPONENTES

POR FAVOR INDIQUE SU PREFERENCIA DE LUGAR PARA LA PROGRAMACIÓN DEL EXAMEN:

SACRAMENTO

RIVERSIDE

TARIFA DE CERTIFICACIÓN: \$866.00, CONFORME A LA SECCIÓN 3060, TÍTULO 25, CAPÍTULO 3, SUBCAPÍTULO 1, DEL CÓDIGO DE REGULACIONES DE CALIFORNIA

TARIFA DE RENOVACIÓN \$253.00

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA/ESTADO MIGRATORIO

FORMULARIO COMPLETO DE CIUDADANÍA, EXTRANJERÍA Y ESTADO MIGRATORIO

FORMULARIO HCD I - COPIA DE UNO DE LOS DOCUMENTOS DE LA LISTA A O B QUE DEMUESTRE LA CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE O EL ESTADO DE EXTRANJERO CALIFICADO

TARIFA DE VERIFICACIÓN DEL SOLICITANTE \$13.00 (NO SE REQUIERE PARA LA RENOVACIÓN)

YO, _____, POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE TODAS LAS
(ESCRIBIR O IMPRIMIR NOMBRE)

SOLICITUD SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

(FIRMA)

(FECHA)