

California USA DRIVER LICENSE

FEDERAL



DL **C3298027**

CLASS C

EXP **06/23/2023**

END NONE

LN PRADO  
FN JOSE ALBERTO  
6135 E OLYMPIC BLVD  
LOS ANGELES, CA 90022

DOB **06/23/1960**

06231960

RSTR NONE



SEX: M

HAIR: BRN

EYES: BRN

HGT: 5'-07"

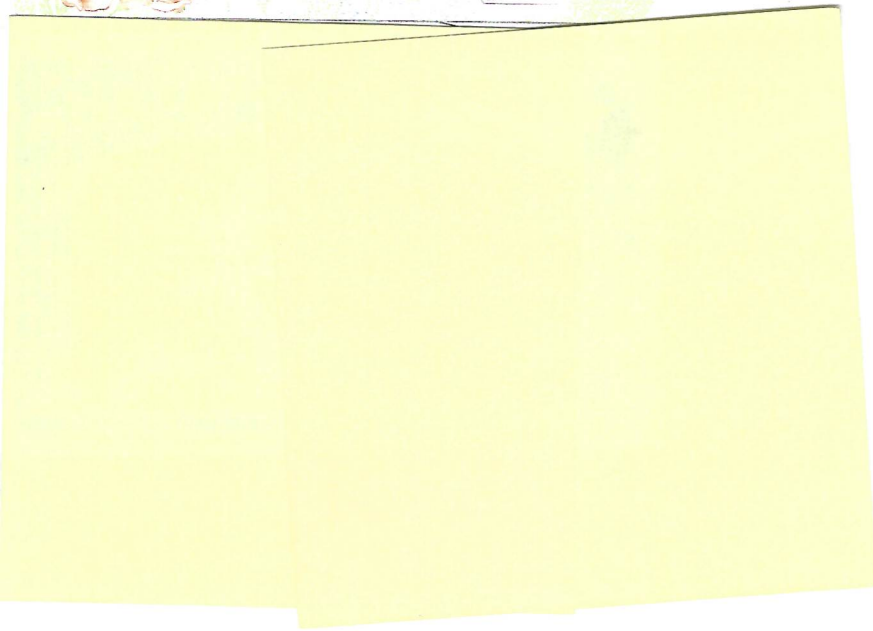
WGT: 170 lb

ISS

DD 04/12/201851129/CCFD/23

04/12/2018

*Jose - Prado*



## Formulario de Informacion de Contacto de Emergencia

Esta informacion sera extremadamente importante en caso de un accidente o emergencia medica.  
Por favor, asegurese de firmar y fechar este formulario.

### Informacion de Empleado

Nombre: Prado Jose alberto  
Apellido Nombre MI

Tel #1: 323-838-5591  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Tel #2: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Direccion: 6135 E. olympic Los angeles ca. 90022  
Calle Ciudad Estado Código Postal

### Informacion de Emergencia

Primaria Nombre de Emergencia: Prado gloria  
Apellido Nombre

Relacion: ESPOSA

Tel #1: 323-838-5591  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Tel #2: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Secundario Nombre de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Relacion: \_\_\_\_\_

Tel #1: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Tel #2: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Hospital Local Preferido: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ Policy#: \_\_\_\_\_

Comentario (incluya cualquier informacion medica o personal especial que le gustaria que supiera un proveedor de atencion medica o informacion de contacto especial):

Firma: Jose a Prado

Fecha: 10-01-18