

Certificado (en letra de molde)

Nombre completo Número de licencia de conducir/ID del estado de Colorado

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) Número de caso (si lo conoce) Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Para poder calificar para la restauración de mis privilegios para conducir después de mi revocación, ya sea por conducir con demasiado alcohol en mi sistema o si me rehusé a cooperar con el proceso de prueba química, certifico que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

Iniciales

Por ley, puede considerarse que estoy conduciendo incluso si el motor del vehículo no está encendido y el vehículo se encuentra estacionado.

Cualquier tipo de alcohol, marihuana, drogas y muchos medicamentos recetados pueden afectar mi capacidad para conducir.

Si conduzco con las facultades disminuidas por **cualquier** sustancia, estoy violando la ley.

No puedo juzgar el nivel de alteración de mis facultades simplemente por cómo me siento.

Aún puedo tener las facultades disminuidas a la mañana siguiente de haber consumido.

Las bebidas alcohólicas varían en tamaño y potencia. No puedo juzgar el nivel de alteración de mis facultades simplemente contando el número de bebidas que he consumido.

La primera habilidad que se ve afectada por el alcohol es de tomar decisiones adecuadas.

Mis decisiones con respecto a conducir después de haber consumido alcohol o drogas han resultado en la pérdida de mis privilegios para conducir. He dado los pasos para asegurarme de no ponerme en circunstancias en que tenga que tomar esta decisión nuevamente.

Lo mejor que puedo hacer es separar por completo mi consumo de alcohol y/o otras drogas y conducir. **Siempre** puedo tomar la decisión de no conducir.

- Si elijo conducir con mis facultades disminuidas nuevamente, aun cuando nadie salga lastimado:
- Seré considerado un conductor ebrio persistente;
 - Tendré que completar un curso extenso y costoso sobre tratamiento por alcohol y/o drogas; y
 - Tendré privilegios de conducir restringidos por un dispositivo de bloqueo de arranque por al menos 2 años.

Firma Fecha (MM/DD/AA)

Tenga en cuenta lo siguiente: Además de su firma y de la fecha, debe escribir sus iniciales en todos los puntos anteriores de este formulario para que sea aceptado. La traducción de este documento se proporciona únicamente con fines informativos y de conveniencia. Cualquier discrepancia o diferencia creada por la traducción de este documento no pretende alterar el significado de la versión en inglés. Si surge alguna pregunta relacionada con la información contenida en el documento traducido, consulte la versión en inglés.