

**GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA DIRECCION  
GENERAL DE MIGRACION**

**SOLICITUD DE DEVOLUCION DEL COSTO DE  
PASAPORTE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
(MAYOR DE EDAD)

**NOMBRE** \_\_\_\_\_  
(MENOR DE EDAD)

**DPI:** \_\_\_\_\_

DEL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

COMPARESCO ANTE USTED PARA HACER LA SOLICITUD DE LA  
DEVOLUCION DE LOS Q \_\_\_\_\_

LOS CUALES CORRESPONDEN AL PAGO QUE EFECTUE PARA  
EL TRÁMITE DE PASAPORTE.

RECIBO N° \_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_

MOTIVO POR EL CUAL NO REALIZO EL TRÁMITE DE  
PASAPORTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA -----

NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREGA

FECHA DE RECIBIDO POR FINANCIERO