



AYUNTAMIENTO DE CHOZAS DE ABAJO

SOLICITUD EXENCIÓN POR DISCAPACIDAD

1. Solicitante.:		
Nombre y Apellidos o Razón Social.:	DNI/CIF.:	
Domicilio.:		
Localidad.:	Provincia.:	Código Postal.:
Correo electrónico.	Teléfono(s).:	Fax.:
2. Representante.:		
Nombre y Apellidos o Razón Social.:	DNI/CIF.:	
Domicilio.:		
Localidad.:	Provincia.:	Código Postal.:
Correo electrónico.	Teléfono(s).:	Fax.:
3. SOLICITA:		
EXENCIÓN POR DISCAPACIDAD ,para el vehículo de su propiedad con matrícula _____ Por reunir los requisitos legalmente establecidos.		
4. Documentos que acompañan a la instancia:		
<input type="checkbox"/> Fotocopia certificado de discapacidad o incapacidad. <input type="checkbox"/> Fotocopia D.N.I. <input type="checkbox"/> Fotocopia carné de conducir. <input type="checkbox"/> Fotocopia ficha técnica del vehículo. <input type="checkbox"/> Fotocopia permiso de circulación. <input type="checkbox"/> Declaración de responsabilidad de uso exclusivo del vehículo. <input type="checkbox"/> Fotocopia certificado de movilidad reducida (sólo en caso de que el/la discapacitado/a no sea el conductor/a)		

Chozas de Abajo, a _____, de _____ de 20

Firma del solicitante o representante

SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE CHOZAS DE ABAJO