



AYUNTAMIENTO DE CHOZAS DE ABAJO

SOLICITUD EXENCIÓN POR MINUSVALÍA

| 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: | | |
| <p>EXENCIÓN POR MINUSVALÍA ,para el vehículo de su propiedad con matrícula _____</p> <p>Por reunir los requisitos legalmente establecidos.</p> | | |
| 4. Documentos que acompañan a la instancia: | | |
| <p><input type="checkbox"/> Fotocopia certificado de minusvalía o incapacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia D.N.I.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia carné de conducir.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia ficha técnica del vehículo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia permiso de circulación.</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración de responsabilidad de uso exclusivo del vehículo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia certificado de movilidad reducida (sólo en caso de que el/la minusválido/a no sea el conductor/a)</p> | | |

Chozas de Abajo, a _____, de _____ de 2.01____

Firma del solicitante o representante

SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE CHOZAS DE ABAJO