



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