

**AYUNTAMIENTO DE ROZAS DE PUERTO REAL**

C/ de la Villa, 3 - 28649 Rozas de Puerto Real - Tel. 91 864 86 47

CIF: P2812800-G registrogeneral@rozasdepuertoreal.es

**SOLICITUD DE TARJETA DE ESTACIONAMIENTO DE VEHICULOS PARA PERSONAS CON
MOVILIDAD REDUCIDA**

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre y Apellidos/Razón Social			NIF
Dirección			
Código Postal	Municipio		Provincia
Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico

DATOS DEL REPRESENTANTE			
Nombre y Apellidos/Razón Social			NIF
Dirección			
Código Postal	Municipio		Provincia
Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONESMedio de notificación En papel Electrónica

Email _____

Dirección (calle y número) _____

Provincia _____ Municipio _____

Código Postal _____



AYUNTAMIENTO DE ROZAS DE PUERTO REAL

C/ de la Villa, 3 - 28649 Rozas de Puerto Real - Tel. 91 864 86 47

CIF: P2812800-G registrogeneral@rozasdepuertoreal.es

OBJETO DE LA SOLICITUD

Solicito me sea concedida la tarjeta de estacionamiento de vehículos para personas con movilidad reducida, según lo dispuesto en la Ley 8/1993, de 22 de junio, de Protección de la Accesibilidad de Barreras Arquitectónicas, y la ordenanza municipal reguladora de la tarjeta de estacionamiento de vehículos para personas con movilidad reducida.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte.

El abajo firmante hace declaración expresa y responsable de la veracidad de todos los datos que figuran en la presente solicitud.

En Rozas de Puerto Real, a _____ de _____ de 20____.

Fdo: