AYUNTAMIENTO DE CASAR DE CÁCERES (CÁCERES)
C.P.: 10190 - Plaza de España, nº 1- Teléfono: 927 29 00 02 / Fax: 927 29 10 64

SOLICITUD TARJETA DE ETACIONAMIENTO PARAPERSONAS CON DISCAPACIDAD Y MOVILIDAD REDUCIDA.

DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre y Apellidos:	
D.N.I:	**Fecha :**
Grado de Minusvalía :	**Teléfono:**
Domicilio:	
Localidad:	
Provincia:	**Código Postal:**

DATOS DEL REPRESENTANTE.	
Nombre y Apellidos:	
D.N.I:	**Teléfono:**
Domicilio:	
Localidad:	
Provincia:	**Código Postal:**
Relación con el solicitante:	

Documentos que deben acompañar a la solicitud:

- ☐ Fotocopia compulsada del D.N.I.
- ☐ Fotocopia del certificado de minusvalía (Igual o superior al 33%)
- ☐ Certificado de movilidad reducida (CADEX)
- ☐ Una fotografía reciente en color, tamaño carnet.
- ☐ Certificado de empadronamiento..

El abajo firmante hace declaración expresa y responsable de la veracidad de los datos que figuran en la presente solicitud y solicita sea expedida la tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad y movilidad reducida a nombre del solicitante. (Conforme a la Ley 8/1997, de 18 de junio, de Promoción de la Accesibilidad en Extremadura).

En Casar de Cáceres, a de de 20__

Fdo: _____

AYUNTAMIENTO DE CASAR DE CÁCERES (CÁCERES)
C.P.: 10190 - Plaza de España, nº 1- Teléfono: 927 29 00 02 / Fax: 927 29 10 64

Yo, D/Dª_____
mayor de edad con D.N.I nº _____ y vecino de esta localidad en la C/ _____ nº_____

DECLARO BAJO JURAMENTO a fin de dar cumplimiento a los requisitos establecido para la obtención de dicha exención, que el vehiculo _____matricula nº_____es para mi uso particular.

Y Para que conste y surta los efectos oportunos, lo firmo en Casar de Cáceres a _____de _____de 20___.

Fdo:_____