



Nº de expediente .....

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

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

Nombre y Apellidos:		D.N.I.:	
En representación de:		CIF/DNI:	
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Mujer	
Domicilio a efectos de notificación:			
C.P.:	Municipio:	Provincia:	Teléfono:

**PERSONA JURÍDICA**

Nombre y apellidos del solicitante		D.N.I.:	
Denominación:		CIF/DNI:	
Domicilio social:			
C.P.:	Municipio:	Provincia:	Teléfono:
Relación de matrículas:			

**SOLICITA** que 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 y Supresión de Barreras Arquitectónicas, y la ordenanza municipal reguladora de la tarjeta de estacionamiento de vehículos para personas con movilidad reducida, para lo que **DECLARO** la veracidad de los datos que figuran en la presente solicitud.

En Batres, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo. \_\_\_\_\_

**- Sr. Alcalde- Presidente del Ayuntamiento de Batres -**

**NOTAS:** Esta solicitud será remitida al Centro Base nº 2 para emitir el Dictamen de Persona con Movilidad Reducida. El presente modelo de solicitud sigue las indicaciones del aprobado en BOCM nº 198, de 21 de agosto de 2006. Los datos recogidos en este formulario serán incorporados a un fichero informático propiedad del Ayuntamiento de Batres, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, puede dirigirse al Ayuntamiento de Batres.