



ANEXO I

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

D./Dña. _____
DIRECCIÓN _____
C.P. _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____
TELÉFONO _____ CON D.N.I. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EN CALIDAD DE:

TITULAR

REPRESENTANTE LEGAL DE:

D./Dña. _____
DIRECCIÓN _____
C.P. _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____
TELÉFONO _____ CON D.N.I. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SOLICITA

Le sea concedida la TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA VEHÍCULOS, QUE TRANSPORTAN PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA de acuerdo con lo dispuesto en la ORDEN de 11 de enero de 2001, de la Consellería de Bienestar Social.

En Santa Pola, a ____ de _____ de _____
FIRMA

Fdo.: _____

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A LA PRESENTE SOLICITUD

- FOTOCOPIA DEL DNI DEL SOLICITANTE.
- UNA FOTO TAMAÑO CARNET DEL TITULAR.
- CONDICIÓN DE MINUSVALÍA. DISPONER DE LA PRECEPTIVA RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE MINUSVÁLIDO, EMITIDO POR EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN DEPENDIENTE DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE BIENESTAR SOCIAL CORRESPONDIENTE, DONDE SE ALCANCE EL BAREMO DE MOVILIDAD REDUCIDA.

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE SANTA POLA.