

TARXETA APARCAMENTO PERSOAS CON MOBILIDADE REDUCIDA

Datos do/a solicitante:

Don/Dona _____

D.N.I. _____ Teléfono _____

Datos do/a representante:

Don/Dona _____

D.N.I. _____ Teléfono _____

Notificacións:

Enderezo: _____

C.P. _____ Concello _____ Provincia _____

Correo electrónico _____

Solicito que me conceda a tarxeta especial de Autorización de aparcamento de persoas con mobilidade reducida. Con esta solicitude achéganse os seguintes documentos (orixinais ou fotocopias compulsadas):

1. Dictame médico de minusvalidez
2. Unha fotografía tamaño carné actual
3. Fotocopia do D.N.I.

Se é a primeira vez que solicita a tarxeta, marque este recadro:

Se solicita a renovación dunha tarxeta que xa posúe, marque este recadro:

Ferrol, _____ de _____ de 2 _____
Sinatura,