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

# DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRE:** | |
| **DIRECCION:** | |
| **LOCALIDAD:** | **TELEFONO:** |
| **PROVINCIA: ALICANTE** | **NIE:** |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | |

# DATOS PERSONALES DEL TUTOR- REPRESENTANTE LEGAL

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRE:** | |
| **DIRECCION:** | |
| **LOCALIDAD:** | **TEL** |
| **PROVINCIA:** | **Nº D.N.I.:** |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | |

En calidad de:

SOLICITANTE

**SOLICITA:**

Le sea concedida la tarjeta de estacionamiento de vehículos para personas con movilidad reducida.

En a de de 2017

Fdo. :

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE JACARILLA