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