



Interesado / a

Nombre y Apellidos o Razón social

Teléfono

Móvil

em@il

NIF Tarj. Resid. Pasap.

Dirección

CP

Municipio y Provincia

Representante

Nombre y Apellidos o Razón social

Teléfono

Móvil

em@il

NIF Tarj. Resid. Pasap.

Dirección

CP

Municipio y Provincia

Expone

Que es titular de tarjeta de estacionamiento de vehículos para personas con movilidad reducida Nº _____.

Solicita

Le sea concedido (*táchese lo que proceda*):

ALTA DE RESERVA DE ESTACIONAMIENTO junto a su domicilio sito en la dirección _____ para el vehículo con matrícula _____, para lo que aporta fotocopia de la ficha técnica y del permiso de circulación del citado vehículo y justificante de pago de la tasa correspondiente.

ALTA DE RESERVA DE ESTACIONAMIENTO junto a su centro de trabajo sito en la dirección _____ para el vehículo con matrícula _____, para lo que aporta fotocopia de la ficha técnica y del permiso de circulación del citado vehículo y justificante de pago de la tasa correspondiente.

CAMBIO DE UBICACIÓN DE LA RESERVA DE ESTACIONAMIENTO ubicada en la dirección _____, siendo la nueva dirección _____.

Fecha

____ / ____ / 20__

Firma

SELLO DE REGISTRO