



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 reserva de estacionamiento de vehículos para personas con movilidad en la dirección _____, para el vehículo con matrícula _____.

Solicita

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

- CAMBIO DE MATRÍCULA DE RESERVA DE ESTACIONAMIENTO**, siendo la nueva matrícula _____, para lo que aporta fotocopia de la ficha técnica y del permiso de circulación del citado vehículo.
- AUTORIZACIÓN TEMPORAL DE OTRO VEHÍCULO EN RESERVA DE ESTACIONAMIENTO** siendo la matrícula _____, para lo que aporta fotocopia de la ficha técnica y del permiso de circulación del citado vehículo.
- ANULACIÓN DE AUTORIZACIÓN TEMPORAL DE OTRO VEHÍCULO EN RESERVA DE ESTACIONAMIENTO** desde el día ____ / ____ / 20__.
- BAJA DE RESERVA DE ESTACIONAMIENTO.**

Fecha

____ / ____ / 20__

Firma

SELLO DE REGISTRO