

**SOLICITUD DE TARJETA DE APARCAMIENTO PARA
PERSONAS CON GRAVES PROBLEMAS DE MOVILIDAD**

D./Dña: _____ con domicilio a _____, calle _____, n° _____, piso _____, teléfono _____ i DNI / NIF núm. _____, correo electrónico _____ @ _____ <input type="checkbox"/> en nombre propio <input type="checkbox"/> en nombre y representación de (en este caso debe indicar los siguientes datos referidos al representado) Nombre y apellidos o razón social _____, con domicilio a Ses Salines, calle _____, n° _____, piso _____, teléfono _____ i DNI / NIF núm. _____, correo electrónico _____ @ _____
--

Requisitos y documentación a adjuntar a la solicitud:

<input type="checkbox"/> El solicitante debe estar empadronado en este municipio. <input type="checkbox"/> Fotocopia cotejada del DNI. <input type="checkbox"/> Certificación de la condición legal de minusválido. <input type="checkbox"/> Dictamen sobre la existencia de graves problemas de movilidad. <input type="checkbox"/> Fotocopia cotejada de la tarjeta de residencia en el supuesto de que el solicitante sea extranjero. <input type="checkbox"/> 2 Fotografías.
--

De acuerdo con la documentación presentada, SOLICITO que se me conceda la tarjeta de aparcamiento para personas con graves problemas de movilidad.

Ses Salines, ___ de _____ de _____

SR. BATLE-PRESIDENT DE L' AJUNTAMENT DE SES SALINES