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

# DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

|  |
| --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRE:**  |
| **DIRECCION:**  |
| **LOCALIDAD: SAN MIGUEL DE SALINAS**  | **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 de acuerdo con lo dispuesto en la Orden de 11 de enero de 2001, de la Consellería de Bienestar Social.

En San Miguel de Salinas a de de 2017

Fdo. :

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SAN MIGUEL DE SALINAS