

Dirección Descentralizada Adm. Tributaria
Automotor Municipalizado

Quien suscribe _____ DNI N° _____
solicita por medio de la presente, la exención del pago de impuesto automotor, de mi vehículo
Dominio _____ dicha solicitud esta motivada en que:

POSEO UNA DISCAPACIDAD.

**SOY _____ DE LA PERSONA QUE POSEE UNA
DISCAPACIDAD.**

Tipo de Discapacidad _____

Declaro que NO poseo otra exhibición y que el vehículo _____ **se encuentra adaptado.**
Si / No

Las personas habilitadas a conducir(asignando parentesco con la persona con
discapacidad)

son: _____

de las que se presento cedula _____ en vigencia y acredito el vinculo
con el beneficiario. Verde /azul / licencia de conducir

Quedo a la espera de una respuesta favorable

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Email: _____

DNI N° _____

Firma