

EXENCIÓN DE PAGO IMPUESTO A LOS AUTOMOTORES
Personas con Discapacidad

A la Municipalidad de La Matanza

El que suscribe: _____, en carácter de Titular del Automotor _____ (AAA111 / AA111AA), acreditando mi identidad con _____ (DNI/LE/LC) Nro _____ y CUIT / CUIL ____-____-____ solicita el reconocimiento de la exención de pago del Impuesto a los Automotores establecida en el artículo 243, inciso f), párrafos primero y segundo del Código Fiscal – Ley Nº 10397 (T.O. 2011) y modificatorias, conforme los antecedentes que se detallan a continuación:

1) IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE Y FECHA DE INICIO DEL BENEFICIO

| DOMINIO | NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL | Exención a partir del | Es titular del CUD |
|---------|----------------------------------|-----------------------|--------------------|
| | | / / | SI/NO* |

* Vínculo con la persona con Discapacidad: _____.

2) PRUEBA

Adjunto la siguiente documentación:

- DNI.
- Certificado Único de Discapacidad Ley 22.431 – CUD
- Acreditación del vínculo.
- Título de Propiedad Automotor.
- Póliza de seguro vigente del Automotor.
- Licencia de conducir expedida por el Municipio, en Vigencia.

3) DECLARACIÓN JURADA

Declaro que el Automotor objeto de la presente solicitud está destinado al uso exclusivo de la persona con discapacidad.

4) RECONOCIMIENTO

Declaro conocer que la Municipalidad podrá, en el marco de la presente tramitación, efectuar comunicaciones y notificaciones al correo electrónico particular que más abajo informo o a mi domicilio fiscal electrónico, conforme lo previsto en las Resoluciones Normativas Nº 7/2014 y modificatorias y 57/2020.

5) DATOS DE CONTACTO:

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener siendo fiel expresión de la verdad.

Lugar y Fecha

Firma y aclaración