**SOLICITUD DE EXENCIÓN IVTM**

**Datos del/de la solicitante:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidos: | | | | DNI/NIE/CIF: | |
|  | | | |  | |
| Dirección: | | | | | |
|  | | | | | |
| Localidad: | | | | | Código Postal: |
|  | | | | |  |
| Provincia: | Teléfono Fijo: | Teléfono Móvil: | e-mail: | | |
|  |  |  |  | | |

**Declara Bajo su Responsabilidad**

|  |
| --- |
| Que es titular del vehículo:  Marca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| El Vehículo va ha ser conducido por mí, lo que justifico mediante los siguientes documentos:   * Original o copia compulsada de permiso de conducir (anverso y reverso). * Original o copia compulsada de la póliza de seguro del vehículo donde conste los conductores del vehículo y justificante del pago de la última prima. * Original o copia compulsada del permiso de circulación del vehículo. * Original o copia compulsada del documento de calificación de minusvalía otorgada por rl Organismo Competente |
| El vehículo va a ser dedicado a mi transporte:  No dispongo de permiso de conducir.  Dispongo de permiso de conducir, pero la minusvalía me impide hacerlo (Fotocopia del permiso de conducir, anverso y reverso).   * Original o copia compulsada del a póliza de seguro del vehículo, donde consten los conductores del vehículo y justificante del pago de la última prima. * Original o copia compulsada del permiso de circulación del vehículo. * Original o copia compulsada del documento de calificación de minusvalía otorgada por el Organismo Competente |

Solicita:

Que le sea concedida la exención de dicho vehículo en el I.V.T.M.

En Villanueva de los Infantes a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_.

*(Firma)*

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL M.I. AYUNTAMIENTO DE VILLANUEVA DE LOS INFANTES