**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