

**SOLICITUD DE TARJETA DE APARCAMIENTO PARA  
PERSONAS CON GRAVES PROBLEMAS DE MOVILIDAD**

D./Dña: \_\_\_\_\_

con domicilio a \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
piso \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_ i DNI / NIF núm. \_\_\_\_\_, correo electrónico  
\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

en nombre propio

en nombre y representación de (en este caso debe indicar los siguientes datos referidos al representado)

Nombre y apellidos o razón social \_\_\_\_\_,

con domicilio a Ses Salines, calle \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

piso \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_ i DNI / NIF núm. \_\_\_\_\_, correo electrónico  
\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Requisitos y documentación a adjuntar a la solicitud:**

El solicitante debe estar empadronado en este municipio.

Fotocopia cotejada del DNI.

Certificación de la condición legal de minusválido.

Dictamen sobre la existencia de graves problemas de movilidad.

Fotocopia cotejada de la tarjeta de residencia en el supuesto de que el solicitante sea extranjero.

2 Fotografías.

De acuerdo con la documentación presentada, SOLICITO que se me conceda la tarjeta de aparcamiento para personas con graves problemas de movilidad.

Ses Salines, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SR. BATLE-PRESIDENT DE L' AJUNTAMENT DE SES SALINES