



AJUNTAMENT DE RIOLA

SOL·LICITUD / SOLICITUD

I.V.T.M. Minusvalidesa / I.V.T.M. Minusvalía

DADES SOL·LICITANT(1) / DATOS SOLICITANTE (1)

Nom/Nombre	Tipus d'identificació/ Tipo de identificación	Número	
Adreça/Direcció	Número/Numero	Pis/Piso	Porta/Puerta
Municipi/ Municipio	Codi Postal/Código Postal	Província/ Provincia	País
Telèfon/Teléfono	Mòbil/Móvil	Adreça electrònica / Correo electrónico	
En representació de/En representación de	Tipus d'identificació/ Tipo de identificación	Número	
Adreça/Direcció	Número/Numero		

FETS I RAONS / HECHOS Y RAZONES

Donada la condició de minusvalidesa amb un grau de: / Que dada la condición de minusválido con un grado: _____ %
Jo, propietari del vehicle / Yo, propietario del vehículo: Matrícula/Matrícula _____ Model/Modelo _____.

"Per lo establert en el art. 93 del Real Decret Legislatiu 2/2004, de 5 de maig, per el que s'aprova el text refós de la Llei Reguladora de les Haciendas Locals" / "Por lo establecido en el art. 93 del Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales"

Aporte la documentació que justifica el compliment del requisits / Aporto la documentación que justifica el cumplimiento de los requisitos:

- Vehicles matriculats a nom de minusvàlids per al seu uso exclusiu. / Vehículos matriculados a nombre de minusválidos para su uso exclusivo.
- Vehicles conduïts per persones amb discapacitat. / Vehículos conducidos por personas con discapacidad.
- Vehicle destinats al transport de minusvàlids. / Vehículos destinados al transporte de minusválidos.
- Certificat de minusvalidesa. / Certificado de minusvalía
- Justificació del destí del vehicle. / Justificación del destino del vehículo.

ES SOL·LICITA / SE SOLICITA

Que se'm declare exent en el pagament del rebut en concepte del Impost S/Vehicles de Tracció Mecànica per tindre minusvalidesa i reunir els requisits indicats. / Que se me declare exento en el pago del recibo en concepto del Impuesto s/Vehículos de Tracción Mecánica por tener una minusvalía y reunir todos los requisitos indicados.

Del any /Del año: _____ Minusvalidesa/Minusvalía: _____%

SIGNATURA DE LA PERSONA SOL·LICITANT
FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANE

Riola, _____ d _____ de _____

(1) PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS. Les dades personals facilitades per vosté en este formulari passaran a formar part dels fitxers propietat de l'Ajuntament de Riola i seran utilitzades a la fi d'identificar a les persones físiques o jurídiques per a l'exercici de les funcions pròpies en el àmbit de les seues competències. De conformitat amb la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, vosté podrà exercitar drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant instància presentada davant del Registre Gral. d'Entrada de l'Ajuntament de Riola.

(1) PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Los datos personales facilitados por Ud. en este formulario pasaran a formar parte de los ficheros propiedad del Ayuntamiento de Riola y serán utilizados para identificar a las personas físicas o jurídicas para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada ante el Registre Gral. De Entrada del Ayuntamiento de Riola.

SR. ALCALDE - PRESIDENT DE L'AJUNTAMENT DE RIOLA