



Sr. Intendente Municipalidad
S _____ / _____ D

San Nicolás, ____ / ____ / ____

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle la **EXIMICIÓN DE IMPUESTO AUTOMOTOR POR DISCAPACIDAD**
Los campos* son obligatorios

Datos del Beneficiario (titular del vehículo)

Apellido y Nombres* _____
Razón Social _____
Tipo y Nº Documento* _____
CUIL/CUIT* _____
Calle* _____ Número* _____ Bis Piso _____ Depto. _____
Localidad* _____ Cód. Postal* _____
Provincia* _____
Teléfono* _____
Email (1)* _____

(1) El e-mail consignado reviste de carácter de **Domicilio Fiscal Electrónico** en los términos de la Ordenanza Fiscal vigente.

Datos de quien posee la Discapacidad

Apellido y Nombres* _____
Razón Social _____
Tipo y Nº Documento* _____
Carácter que invoca _____
CUIL/CUIT* _____
Calle* _____ Número* _____ Bis Piso _____ Depto. _____
Localidad* _____ Cód. Postal* _____
Provincia* _____
Teléfono* _____
Email (1)* _____

(1) El e-mail consignado reviste de carácter de **Domicilio Fiscal Electrónico** en los términos de la Ordenanza Fiscal vigente.

Datos del Vehículo

Marca* _____ Modelo* _____

Firma y aclaración
del Declarante* _____

Firma y aclaración
del Discapacitado* _____



Dominio* _____ Color* _____

Nro. Motor* _____ Nro. Chasis* _____

Año* _____

Nro. Rodado Municipal _____

Ya que el mismo se encuentra afectado al traslado de _____
por poseer discapacidad según se acredita con el Certificado de Discapacidad que se adjunta. Manifiesta
con carácter de Declaración Jurada No ser Beneficiario de exención de ninguna naturaleza.*

Declaración Jurada

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente solicitud son exactos y que reúno todas las condiciones exigidas por la normativa fiscal para la procedencia de la exención solicitada.

Firma y aclaración
del Declarante* _____

Firma y aclaración
del Discapacitado* _____