



Sr. Intendente Municipalidad
S _____ / _____ D

San Nicolás, ____ / ____ / ____

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle la **CERTIFICADO DE EXIMICIÓN DE TASAS MUNICIPALES AB Y SS POR DISCAPACIDAD**

Los campos* son obligatorios

Datos del Discapacitado

Apellido y Nombres* _____

Tipo y N° Documento* _____

Teléfono de contacto* _____

E-mail (1)* _____

Tipo de discapacidad _____

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

Datos del Solicitante

Parentesco* _____

Apellido y Nombres _____

Tipo y N° Documento* _____

Teléfono de contacto* _____

Calle* _____ Número* _____ Bis

Localidad* _____

Estado civil* _____

Tasas municipales a eximir

Alumbrado y Barrido

Servicios Sanitarios

Datos de la vivienda única

Calle* _____ Número* _____ Bis

Piso _____ Dpto _____ Barrio _____

Localidad _____

Nomenclatura de la vivienda única

Circunscripción _____ Sección _____ Chacra Número _____ Chacra Letra _____

Quinta Número _____ Quinta Letra _____ Fracción Número _____ Fracción Letra _____

Manzana Número _____ Manzana Letra _____ Parcela Número _____ Parcela Letra _____

Subparcela _____ Unidad Funcional _____

Observación: manifiesto bajo Declaración Jurada que el inmueble identificado anteriormente es el único que poseo en todo el territorio nacional.

Firma y aclaración _____
del Declarante*



Declaración Jurada del Grupo Familiar Conviviente

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Estado Civil	Actividad	Ingresos

OBSERVACIONES

Firma y aclaración _____
del Declarante*