



**ANEXO I**

**SOLICITUD DE TARJETA PROVISIONAL DE ESTACIONAMIENTO PARA VEHÍCULOS QUE TRANSPORTAN PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA**

D./Dña. \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_ CON D.N.I. \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
NÚMERO SIP \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**EN CALIDAD DE:**

\_\_\_ **TITULAR**

\_\_\_ **REPRESENTANTE LEGAL DE:**

D./Dña. \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_ CON D.N.I. \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**EXPONE**

Que reuniendo los requisitos establecidos en el artículo 5º.1a y 2º de la vigente Ordenanza Municipal sobre Accesibilidad al Medio de las Personas de Movilidad Reducida, aprobada por el Ayuntamiento-Pleno con fecha 26/07/2023

**SOLICITA**

Le sea concedida una TARJETA DE ESTACIONAMIENTO DE CARÁCTER PROVISIONAL PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA de acuerdo con lo dispuesto en el DECRETO 72/2016, de 10 de junio, de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

En Santa Pola, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
FIRMA

**DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A LA PRESENTE SOLICITUD**

- FOTOCOPIA DEL DNI DEL SOLICITANTE.
- SOLICITUD DE REVISIÓN DEL GRADO DE MOVILIDAD
- CERTIFICADO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE LOS GRAVES PROBLEMAS DE MOVILIDAD

SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE SANTA POLA.