



Avenida de Vigo, 2  
36640 PONTECESURES  
Tfno.: 986 557 125 - 986 564 415  
FAX: 986 557 554  
www.pontecesures.org

## EXENCIÓN IVTM MINUSVALÍA

### DATOS DO/A INTERESADO/A

|                                 |           |           |           |      |       |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|-------|
| Nome e apelidos                 |           | DNI       |           |      |       |
| Rúa, estrada, praza, avda., etc |           | Número    | Escaleira | Piso | Letra |
| Código Postal                   | Municipio | Provincia |           |      |       |

### DATOS DO/A REPRESENTANTE (DE SER O CASO)

|                                 |           |           |           |      |       |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|-------|
| Nome e apelidos                 |           | DNI       |           |      |       |
| Rúa, estrada, praza, avda., etc |           | Número    | Escaleira | Piso | Letra |
| Código Postal                   | Municipio | Provincia |           |      |       |

### TELÉFONOS DE CONTACTO:

### CORREO ELECTRÓNICO:

### EXPÓN QUE:

Tendo un grao de minusvalía do ....., para o cal acompaña copia compulsada da certificación expedida pola Consellería de Traballo e Benestar que así o acredita,

### POR ISO SOLICITA:

A exención no Imposto sobre Vehículos de Tracción Mecánica (IVTM) referido ao vehículo con placa ....., para o cal achega copia compulsada do permiso de circulación, ficha técnica, DNI e carné de conducir.

Pontecesures,

de

de 20

(Sinatura do solicitante)

**Sra. Alcaldesa do Concello de Pontecesures**