

EXENCIÓN POR DISCAPACIDAD DEL IMPUESTO AUTOMOTOR DESCENTRALIZADO

La Plata, de.....20.....

Señor Intendente Municipal

S / D

El/Los que El/Los que suscribe/n.....
.....
.....DNI.....domiciliado
en calle..... de la ciudad de La Plata,
teléfono.....; solicita la exención de pago por discapacidad del
Impuesto Automotor Descentralizado para el dominio de mi propiedad identificado con:

Patente Nro:

Marca:

Modelo/Año:

Motor:

Al respecto, DECLARO que el dominio por el cual solicito la exención es el
único que poseo afectado para mi traslado personal / familiar

Esperando una solución favorable a lo peticionado, saludo al Señor
Intendente con mi mayor consideración.

.....

Firma

.....

Aclaración

Datos de la persona con discapacidad

Apellido y nombre:

CUIT/CUIL:

Fecha de nacimiento:

Vínculo con el titular del dominio

Conducción del vehículo

Titular:

Apellido/s y Nombre/s

Autorizado:

Apellido/s y Nombre/s

Documentación a ADJUNTAR (fotocopia certificada en Sector Automotores)

- Título de Propiedad del vehículo.
- DNI del titular.
- Licencia de conducir del titular/conductor autorizado.
- DNI de la persona con discapacidad (en caso de ser distinta al titular del dominio).
- Acreditación del vínculo del titular con la persona con discapacidad (en caso de ser distintas).
- Certificado de Discapacidad emitido por organismos oficiales, según Leyes Nacionales 13279, 22499, 23184 y 22431 o Ley Provincial y su Decreto Reglamentario 1149/90 deberá incluir en el apartado de ACTIVIDAD/PARTICIPACIÓN alguno los códigos de “utilización de medios de transporte público con motor” (d 4702 y sus calificadores 33-34-43 o 44).

Fecha de vigencia del CUD: Desde:

Vencimiento:

CERTIFICO que he visto la documentación detallada; que la firma que antecede corresponde al titular de este acto y fue puesta en mi presencia.
Acreditación de vínculo con el discapacitado.

Agente: _____ **La Plata,** _____

Sello y Firma

Lugar y Fecha: