



Sol·licitud de targeta d'estacionament per a persones amb mobilitat reduïda
Solicitud de tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida

DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nom i Cognoms / Nombre y Apellidos		DNI / DNI	
Adreça / Domicilio		C. Postal / C. Postal	Telèfon / Teléfono
Municipi / Municipio	Adreça electrònica / Correo electrónico		

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Nom i Cognoms / Nombre y Apellidos		DNI / DNI	
Adreça / Domicilio		C. Postal / C. Postal	Telèfon / Teléfono
Municipi / Municipio	En qualitat de / En calidad de		
Adreça electrònica / Correo electrónico		☐ Representant / Representante	
		☐ Mandatari o Presentador / Mandatario o Presentador	

EXPOSA / EXPONE

--

SOL·LICITA / SOLICITA

Tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida// Targeta d'estacionament per a persones amb mobilitat reduïda

S'ADJUNTA / SE ADJUNTA

1.En el caso de personas con discapacidad igual o superior al 33% + movilidad reducida

- ☐ DNI de la persona sol·licitant / Fotocopia D.N.I. de la persona solicitante.
- ☐ Fotografia original tamaño carnet del titular/ Fotografia original tipus DNI del titular. (Entregar al recoger la tarjeta/ en Servicios Sociales.C/Santa Ana 30/ Entregar en arplegar la targeta en C/Santa Ana 30)
- ☐ Resolución del reconocimiento de la condición de persona con discapacidad + movilidad reducida / Resol.lució del reconeixement de la condició de persona amb discapacitat + mobilitat reduïda

2. En el caso de personas físicas o jurídicas titulares de vehículos destinados exclusivamente al transporte colectivo de personas con discapacidad/ En el cas de persones físiques o jurídiques titulars de vehicles destinats exclusivament al transport col·lectiu de persones amb discapacitat:

- ☐ Permiso de circulación / Permís de circulació
- ☐ Declaración responsable firmada por su titular de que la entidad se encuentra inscrita en el Registro de Titulares de Actividades, Centros y Servicios de Acción Social de la conselleria competente y el vehículo cuya matrícula se indica está destinado exclusivamente al transporte colectivo de personas con discapacidad que presten servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, así como los servicios sociales a los que se refiere el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de inclusión social/ Declaració responsable firmada pel seu titular que l'entitat es troba inscrita en el Registre de Titulars d'Activitats, Centres i Servicis d'Acció Social de la conselleria competent i el vehicle la matrícula del qual s'indica està destinat exclusivament al transport col·lectiu de persones amb discapacitat que presten servicis socials de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència, així com els servicis socials als quals es referix el Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i d'inclusió social.
- ☐ Acreditación de representación y DNI de la persona representante / Acreditació de representació i DNI de la persona representant

3. En el caso de personas que presenten movilidad reducida, aunque esta no haya sido dictaminada oficialmente, para poder acceder a la tarjeta de estacionamiento con carácter excepcional y provisional/ En el cas de persones que presenten mobilitat reduïda, encara que esta no haja sigut dictaminada oficialment, per a poder accedir a la targeta d'estacionament amb caràcter excepcional i provisional:

- ☐ DNI de la persona sol·licitant /Fotocopia D.N.I. de la persona solicitante.
- ☐ Fotografía original tamaño carnet del titular/ Fotografia original tipus DNI del titular.(Entregar al recoger la tarjeta/ en Servicios Sociales.C/Santa Ana 30/ Entregar en arplegar la targeta en C/Santa Ana 30)
- ☐ Informe de médico especialista de los servicios públicos de salud, que acredite la enfermedad o patología de extrema gravedad, las carencias de movilidad y la reducción sustancial de la esperanza de vida, que deberá ser verificado y validado por la inspección sanitaria// Informe de metge especialista dels servicis públics de salut, que acredite la malaltia o patologia d'extrema gravetat, les carències de mobilitat i la reducció substancial de l'esperança de vida, que haurà de ser verificat i validat per la inspecció sanitària.

SIGNATURA / FIRMA

Albal, de de

Signatura de la persona sol·licitant / Firma de la persona solicitante

DECLARACIÓ RESPONSABLE I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIÓN

La persona sol·licitant declara expressament que totes les dades assenyalades en esta sol·licitud són certes. Així mateix declaren conèixer les Bases Reguladores d'este servici i les responsabilitats que del seu incompliment podrien derivarse'n.

La persona solicitante declara expresamente que todos los datos señalados en esta solicitud son ciertos. Asimismo declaran conocer las Bases Reguladoras de este servicio y las responsabilidades que de su incumplimiento pudiera derivarse.

Les dades per Vosté facilitades seran inclosos en un fitxer, titularitat de l'Ajuntament d'Albal, la finalitat del qual és la gestió del servici. La no comunicació de les dades i l'urament dels documents adjunts pot provocar la no atenció de la sol·licitud efectuada. L'informem que les seues dades seran objecte de cessió als organismes públics als quals siga necessari facilitar les seues dades per a poder gestionar la seua sol·licitud. Conforme al que es disposa en la L.O. 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, Vosté pot exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i si és el cas oposició, bé enviant una sol·licitud per escrit, acompanyada d'una fotocòpia del seu DNI, dirigida a l'Ajuntament d'Albal, Plaza del Jardí, núm.7, CP 46470 Albal (València), o bé mitjançant el lliurament personal de la sol·licitud davant l'Ajuntament amb l'exhibició del DNI original.

Los datos por Vd. facilitados serán incluidos en un fichero, titularidad del Ayuntamiento de Albal, cuya finalidad es la gestión del servicio. La no comunicación de los datos y entrega de los documentos adjuntos puede provocar la no atención de la solicitud efectuada. Le informamos que sus datos serán objeto de cesión a los organismos públicos a los cuales sea necesario facilitar sus datos para poder gestionar su solicitud. Conforme a lo dispuesto en la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso oposición, bien enviando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su D.N.I., dirigida al Ayuntamiento de Albal, Plaza del Jardí, núm.7, CP 46470 Albal (Valencia), o bien mediante la entrega personal de la solicitud ante el Ayuntamiento con la exhibición del D.N.I. original.