



**AYUNTAMIENTO
DE
ABARAN
(MURCIA)**
Nº Rgto. E.L. 01300026

SELLO REGISTRO GENERAL

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		D.N.I./C.I.F.
DOMICILIO	LOCALIDAD	TELÉFONO
REPRESENTANTE EN SU CASO		D.N.I.
EXPONE: Que es titular del vehículo con matrícula _____. Que reúne los requisitos establecidos en la legislación vigente y en la Ley 51/2002 de reforma de la Ley 39/88 Reguladora de las Haciendas Locales, sobre la exención del pago del Impuesto sobre vehículos de tracción mecánica, art.º 94.e) de los vehículos matriculados a nombre de minusválidos para su uso exclusivo y transporte.		
SOLICITA: La exención del pago del Impuesto sobre vehículos de tracción mecánica para el mencionado vehículo.		
LUGAR Y FECHA	FIRMA	

Sr. Alcalde del Excmo. AYUNTAMIENTO DE ABARAN

30550 Plaza Vieja, 1 - Teléfono 77 00 40 - Fax 77 05 55 - C.I.F. P-3000200-J