



MUNICIPALIDAD DE ESQUEL

SECRETARIA DE HACIENDA
SISTEMA DE ESTACIONAMIENTO MEDIDO
RIVADAVIA 920
TEL: 2945-454841
MAIL: semesquel@gmail.com

FRANQUICIA DE ESTACIONAMIENTO DISCAPACIDAD

FECHA:.....

DATOS DEL TITULAR

Apellido Y Nombres:.....

DNI N° :

Menor de edad: SI / NO (tache lo que no corresponda)

DOMICILIO

Calle:N°:

Telefono:.....

e-mail:

DATOS VEHICULO

Marca:.....Modelo:.....

Dominio:.....Titular:.....

DOCUMENTACION A PRESENTAR

TRAMITE INICIAL / RENOVACION (tache lo que no corresponda)

COPIA DE DNI TITULAR

COPIA DE CEDULA AUTORIZADO A CONDUCIR
(tarjeta azul)

COPIA DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

LIBRE DEUDA MUNICIPAL (Rentas municipal)

COPIA DE CEDULA AUTOMOTOR
(tarjeta verde)

COPIA DE DNI PADRES SI ES MENOR DE EDAD

Los datos consignados en este formulario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno.

Aclaración:.....

DNI:.....

Grado parentesco:.....

Firma

Entregar toda la documentación en Mesa de Entradas de la Municipalidad de Esquel, Mitre N° 524.