

SOLICITUD

I. Solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Fecha de nacimiento	Correo electrónico

II. Representante legal

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Teléfono	Correo electrónico
Relación con el solicitante		

III. Domicilio a efectos de notificaciones

Nombre y Apellidos		
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)		
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico

IV. Formato de la tarjeta

Indique si desea que su tarjeta sea emitida en formato braille

V. Declaración

El abajo firmante hace declaración expresa y responsable de la veracidad de los datos que figuran en la presente solicitud y solicita sea expedida la Tarjeta acreditativa de Grado de Discapacidad a nombre del solicitante. Asimismo, se compromete a hacer uso adecuado de la Tarjeta, siendo consciente de que la utilización fraudulenta de la misma dará lugar a su cancelación, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran exigirse.

En..... a..... de..... de 20....
(Firma)