

Identificador de Código de Barras

**SOLICITUD**

Identificador de Registro

Número de Expediente

Espacio para validación mecánica

### 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. 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. Así mismo, me comprometo 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)