

DATOS PERSONALES

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | D.N.I.: | |
| TELÉFONO: | | FAX: | |
| CALLE O PLAZA: | Nº: | PISO: | ESCALERA: |
| MUNICIPIO: | PROVINCIA: | | C.P.: |
| DIRECCIÓN (seleccione lo que corresponda): | | | |
| <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> DE LA RAZÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRA PARA NOTIFICACIONES <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO:(INDIQUE CORREO) | | | |
| TIPO DE TRAMITACIÓN A REALIZAR | | | |
| <input type="checkbox"/> Autorización Inicial (Alta) | | <input type="checkbox"/> Renovación | |
| | | Nº Tarjeta: _____ | |
| OBSERVACIONES: | | | |
| | | | |

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Original y copia del certificado de minusvalía emitido por el IASS.

Señale con una "X" el canal elegido para la notificación: Postal Telemático

I.C. de Zaragozade.....de 20....

(firma del interesado)

| |
|-------------------------|
| Sr. Alcalde de Zaragoza |
|-------------------------|

- Autorizo a que el Ayuntamiento pueda consultar a otras Administraciones los datos que sean necesarios para la tramitación de esta solicitud
- En virtud del art 42.3 de la Ley 30/92 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Común recibirá contestación a su petición en el plazo máximo de 3 meses.
- En caso de silencio administrativo, este, producirá efecto negativo
- Contra la resolución cabe interponer los Recursos de Reposición y Contencioso-Administrativo.