

## 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. Marque en la casilla anexa su situación. Se precisa adjuntar la Resolución permanente de la incapacidad alegada.

- Pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez.
- Pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad

### VI. 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)