

**Solicitante (1)**

|                                                    |                                      |                       |           |      |      |               |          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------|------|------|---------------|----------|
| Espacio reservado para la etiqueta identificativa. |                                      | Ejercicio....         |           |      |      |               |          |
|                                                    |                                      |                       |           |      |      |               |          |
| N.I.F./N.I.E.                                      |                                      | Nombre o Razón social |           |      |      |               |          |
| S.G.                                               | Domicilio fiscal, nombre vía pública |                       | Número    | Esc. | Piso | Prta.         | Teléfono |
| Municipio                                          |                                      | Código                | Provincia |      |      | Código Postal |          |

**Persona con minusvalía (2)**

|               |                                      |                       |           |      |      |               |          |
|---------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------|------|------|---------------|----------|
| N.I.F./N.I.E. |                                      | Nombre o Razón social |           |      |      |               |          |
| S.G.          | Domicilio fiscal, nombre vía pública |                       | Número    | Esc. | Piso | Prta.         | Teléfono |
| Municipio     |                                      | Código                | Provincia |      |      | Código Postal |          |

**Representante (3)**

|               |                                      |                       |           |      |      |               |          |
|---------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------|------|------|---------------|----------|
| N.I.F./N.I.E. |                                      | Nombre o Razón social |           |      |      |               |          |
| S.G.          | Domicilio fiscal, nombre vía pública |                       | Número    | Esc. | Piso | Prta.         | Teléfono |
| Municipio     |                                      | Código                | Provincia |      |      | Código Postal |          |

**Declaración (4)**

El solicitante EXPONE: que está interesado en la adquisición del vehículo ..... (marca y modelo).

Asimismo, DECLARA que el vehículo será destinado a transportar habitualmente a la persona con minusvalía en silla de ruedas o con movilidad reducida que figura en el punto 2) quién ratifica esta declaración, y (marcar lo que proceda):

- ☐ que se trata del primer vehículo adquirido en estas condiciones.
- ☐ que han transcurrido al menos cuatro años desde la adquisición por el mismo solicitante de otro vehículo con aplicación del tipo reducido del 4% y destinado al transporte de la persona con minusvalía citada en el punto 2)
- ☐ que no han transcurrido cuatro años desde la anterior petición, por haber declarado la Compañía Aseguradora siniestro total del vehículo anterior adquirido con aplicación del tipo reducido de IVA del 4% o por haberse producido la baja definitiva del vehículo.

**Solicitud (5)**

El adquirente SOLICITA que en virtud de lo establecido en el art. 91.Dos.1.4º de la Ley 37/1992 del Impuesto sobre el Valor Añadido, le sea aplicado el tipo impositivo del 4% en la adquisición del vehículo citado en el punto 4). Justificantes que se aportan (original y copia).

- ☐ Certificación del IMSERSO o del órgano competente de la Comunidad Autónoma.
- ☐ Si procede, certificado de la Aseguradora, o en su defecto documentación acreditativa de la baja definitiva del vehículo.
- ☐ Otros.

**Fecha y firma de la solicitud (6)**

|                     |                                            |  |
|---------------------|--------------------------------------------|--|
| Fecha de solicitud: | Fecha de presentación de solicitud y sello |  |
| Adquirente          | Minusválido                                |  |
| Fdo.:               | Fdo.:                                      |  |