

Impuestos a  
los Automotores  
Descentralizados**EXENCIÓN DE PAGO POR DISCAPACIDAD****ALTA**

NO ABONA DERECHO DE OFICINA HASTA LA RESOLUCIÓN

La Plata, ...../...../.....

Sr. Administrador de la APR  
S/D.

Quien suscribe .....

DNI ..... con domicilio en calle .....

Teléfono ..... E-mail ....., solicita la **EXENCIÓN DE PAGO POR****DISCAPACIDAD del Impuesto Automotor Descentralizado** para el dominio de mi propiedad identificado con:**PATENTE N°** ..... **MODELO/ AÑO** .....**MARCA** ..... **MOTOR** .....Al respecto, **DECLARO** que el dominio por el cual solicito la **EXENCIÓN** es el único que poseo afectado para mi traslado: PERSONAL FAMILIAR

Esperando una resolución favorable a lo peticionado, saludo al Sr. Administrador de la APR con mi mayor consideración.

.....  
FIRMA.....  
ACLARACIÓN

Impuestos a  
los Automotores  
Descentralizados**EXENCIÓN DE PAGO POR DISCAPACIDAD****ALTA****DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR**

- DNI del solicitante.
- Título de propiedad del vehículo.
- Licencia de conducir del titular/ conductor autorizado.
- DNI de la persona con discapacidad (en caso de ser distinta al titular del dominio).
- Acreditación del vínculo del titular con la persona con discapacidad (en caso de ser distintas).
- Certificado de Discapacidad emitido por organismos oficiales, según Leyes Nacionales 13.279, 22.499, 23.184 y 22.431 o Ley Provincial y su Decreto Reglamentario 1149/90 deberá incluir en el apartado de ACTIVIDAD/ PARTICIPACIÓN alguno los códigos de "utilización de medios de transporte público con motor" (d 4702 y sus calificadores 33-34-43 o 44).

NO ABONA DERECHO DE OFICINA HASTA LA RESOLUCIÓN

**DATOS COMPLEMENTARIOS****DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

Apellido y nombre ..... Fecha de Nac. .... / ... / ...

CUIT/ CUIL ..... Vínculo con el titular del dominio .....

**CONDUCCIÓN DEL VEHÍCULO****TITULAR:** Apellido y nombre .....**AUTORIZADO:** Apellido y nombre .....**Fecha de vigencia del CUD (Certificado Único de Discapacidad):** Desde ..... / ... / ... Hasta ..... / ... / ...**CERTIFICO** que he visto la documentación detallada; que la firma que antecede corresponder al titular de este acto y fue puesta en mi presencia. Acreditación de vínculo con el discapacitado.

Agente ..... Fecha ..... / ... / ...

.....  
SELLO Y FIRMA.....  
ACLARACIÓN[mesadeentradaapr@laplata.gob.ar](mailto:mesadeentradaapr@laplata.gob.ar)