

Por medio de la presente, manifestando cumplir con todos los requisitos establecidos para el otorgamiento del beneficio previsto en el **artículo 243 inciso f)**, párrafos primero y segundo del Código Fiscal (T.O. 2011) de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, adjunto copia del Certificado de Discapacidad (certificación extendida conforme la Ley Nº 10592, complementarias y modificatorias o Ley Nº 19279, conforme artículo 1º del Decreto Nº 1313/93 y su reglamentación). Tenga presente que **la presente Declaración Jurada NO otorga el beneficio de exención.**

**1-DOMINIO** \_\_\_\_\_ **Marca** \_\_\_\_\_ **Modelo** \_\_\_\_\_ **Año** \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL TITULAR DEL DOMINIO**

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ DNI/ LC/LE CUIT \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

El titular coincide con el beneficiario ☐ **vinculo:** \_\_\_\_\_

**Se deja constancia que el vehículo es de uso exclusivo para traslado de la persona con discapacidad**

**3. DATOS DEL BENEFICIARIO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (CUD)**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI/ LC/LE \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Partido: \_\_\_\_\_

El que suscribe \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ en su carácter de \_\_\_\_\_

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener siendo fiel expresión de la verdad. Con la presente se adjunta documentación de respaldo.

**LUGAR Y FECHA** \_\_\_\_\_ **FIRMA Y ACLARACION** \_\_\_\_\_