



**FORMULARIO N° 6 A**  
**SOLICITUD DE EXENCION POR DISCAPACIDAD**  
**IMPUESTO A LOS AUTOMOTORES**  
**TRAMITE GRATUITO**

I DEL BENEFICIARIO				
1-APELLIDO Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			2-DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
			DNI	
3-DOMICILIO			NUMERO	PISO DPTO./OF.
CALLE:				
COD. POSTAL	LOCALIDAD	PARTIDO	PROVINCIA	

II DEL VEHÍCULO			
1-MARCA DEL VEHÍCULO	2-MODELO/AÑO	3-NÚMERO DEL MOTOR	4-DOMINIO
			LETRAS NÚMERO

**III SOLICITUD**

**EXENCIÓN QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 243 INC. F) CODIGO FISCAL PCIA. BS. AS. Y RESOLUCION NORMATIVA 47/2012**

IV DEL DECLARANTE				
1-APELLIDO Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				
2-DOMICILIO			NUMERO	PISO DPTO./OF.
CALLE:				
COD. POSTAL	LOCALIDAD	PARTIDO	PROVINCIA	
3-DOCUMENTO DE IDENTIDAD		4-CARÁCTER QUE INVOCA		
N°		5- CORREO ELECTRONICO		

V DECLARACION JURADA
<b>MANIFIESTO CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON EXACTOS Y CORRECTOS Y:</b> <b>1) QUE EL VEHÍCULO SE ENCUENTRA AFECTADO PARA EL SERVICIO EXCLUSIVO DEL DISCAPACITADO</b> <b>2) QUE NO POSEO OTRA EXENCIÓN DE IGUAL NATURALEZA A LO SOLICITADO POR DISTINTO VEHÍCULO</b> <b>3) QUE AUTORIZO AL MANEJO DEL AUTOMOTOR A:</b> <b>NOMBRE Y APELLIDO.....DNI.....</b>

VI FIRMA DEL DECLARANTE Y CERTIFICACIÓN	
1-FIRMA DEL DECLARANTE	2-CERTIFICACIÓN DE FIRMA DE AUTORIDAD MUNICIPAL

**SE HA RECIBIDO LA CORRESPONDIENTE SOLICITUD DE EXENCIÓN DEL VEHÍCULO INDICADO. LA MISMA QUEDA SUJETA A LA RESOLUCIÓN QUE DICTE LA DIRECCIÓN GENERAL TRIBUTARIA**

AVELLANEDA, ____/____/_____ Lugar y Fecha
----------------------------------------------

_____ Firma y sello Autoridad Municipal
--------------------------------------------