

**EXENCIÓN DE PAGO IMPUESTO A LOS AUTOMOTORES**  
**Personas con Discapacidad**

---

A la Municipalidad de La Matanza

El que suscribe: \_\_\_\_\_, en carácter de Titular del Automotor \_\_\_\_\_ (AAA111 / AA111AA), acreditando mi identidad con \_\_\_\_\_ (DNI/LE/LC) Nro \_\_\_\_\_ y CUIT / CUIL \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ solicita el reconocimiento de la exención de pago del Impuesto a los Automotores establecida en el artículo 243, inciso f), párrafos primero y segundo del Código Fiscal – Ley Nº 10397 (T.O. 2011) y modificatorias, conforme los antecedentes que se detallan a continuación:

**1) IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE Y FECHA DE INICIO DEL BENEFICIO**

DOMINIO	NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL	Exención a partir del	Es titular del CUD
		/ /	SI/NO*

\* Vínculo con la persona con Discapacidad: \_\_\_\_\_.

**2) PRUEBA**

Adjunto la siguiente documentación:

- DNI.
- Certificado Único de Discapacidad Ley 22.431 – CUD
- Acreditación del vínculo.
- Título de Propiedad Automotor.
- Póliza de seguro vigente del Automotor.
- Licencia de conducir expedida por el Municipio, en Vigencia.

**3) DECLARACIÓN JURADA**

Declaro que el Automotor objeto de la presente solicitud está destinado al uso exclusivo de la persona con discapacidad.

**4) RECONOCIMIENTO**

Declaro conocer que la Municipalidad podrá, en el marco de la presente tramitación, efectuar comunicaciones y notificaciones al correo electrónico particular que más abajo informo o a mi domicilio fiscal electrónico, conforme lo previsto en las Resoluciones Normativas Nº 7/2014 y modificatorias y 57/2020.

**5) DATOS DE CONTACTO:**

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
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.

-----  
Lugar y Fecha

-----  
Firma y aclaración