



**MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI.
REGISTRO DE VEHICULOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

Santiago de Cali	Fecha de solicitud Día: ____/Mes: ____/Año: ____
------------------	---

1. INFORMACION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Nombre	1er Apellido	2º apellido
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>	Numero del documento de identificación	
Dirección de Residencia	Barrio	Comuna
		Ciudad:
Correo electrónico	Teléfono fijo:	Celular:
Dirección Oficina:	Barrio	Comuna
		Ciudad:
Teléfono		
TIPO DE DISCAPACIDAD:		Fecha de certificación Día: ____/Mes: ____/Año: ____

2.DATOS DEL AUTORIZADO (PROPIETARIO)

Nombre	1er Apellido	2º apellido
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>	Numero del documento de identificación	
Dirección Residencia:	Barrio:	Comuna:
Teléfono Fijo:	Celular:	
Parentesco		
Padre <input type="checkbox"/> Madre: <input type="checkbox"/> Hijo: <input type="checkbox"/> Hermano(a): <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Propio: <input type="checkbox"/>		

3. DATOS DEL VEHICULO

Placa:	Lugar de matricula:	Marca:	Color:	Tipo de Vehiculo

Nombre Y CC

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí consignada es veraz, así como los documentos soporte que se anexan. 1) Documento de identidad.. 2) Certificado de discapacidad. 3) Licencia de transito. 4) Tarjeta de propiedad.