



**AYUNTAMIENTO  
DE  
TINAJO**

Plaza de San Roque, 1  
Tel.: 928 84 00 21 – 928 84 02 37  
Fax: 928 84 01 84  
(LANZAROTE)

**SOLICITUD DE VADOS  
Y/O RESERVA DE ESTACIONAMIENTO**

DATOS DEL INTERESADO	
Nombre y Apellidos o Razón Social	NIF/CIF

DATOS DEL REPRESENTANTE (En su caso)	
Nombre y Apellidos o Razón Social	NIF/CIF

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
Domicilio (Calle, Plaza...)		Localidad	
CP	Municipio	Provincia	
Correo electrónico		Teléfono	Fax

DESCRIPCIÓN DE LAS OBRAS A REALIZAR	
<input type="checkbox"/> Vado tipo: <input type="checkbox"/> Garaje vinculado a vivienda <input type="checkbox"/> Garaje comercial <input type="checkbox"/> Parking subterráneo	<input type="checkbox"/> Reserva de espacio tipo: <input type="checkbox"/> Otros usos (4 horas o permanente) <input type="checkbox"/> Para línea de viajeros
Número de vehículos: _____	Metros a ocupar: _____ m <sup>2</sup>

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (ver documentación a presentar al dorso)
---

El firmante, cuyos datos personales se indican, SOLICITA le sea concedida la Licencia solicitada, y declara bajo su responsabilidad, ser ciertos los datos reseñados en la solicitud y documentación adjunta.

Tinajo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El solicitante o el representante legal

**SR. ALCALDE - PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE TINAJO**

A rellenar por la Administración

Apor- tada	DOCUMENTACIÓN:
<input type="checkbox"/>	Fotocopia del NIF/CIF.
<input type="checkbox"/>	En caso de ser representante, documento acreditativo de la representación que ostenta.
<input type="checkbox"/>	Plano de situación.
<input type="checkbox"/>	Fotografía de la fachada.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la Puesta en Funcionamiento de la Apertura. *En caso de local comercial o garaje de más de cinco vehículos.
<input type="checkbox"/>	Certificado de minusvalía, fotocopia del carnet de conducir del minusválido o del acompañante y Permiso de Circulación y Tarjeta de Inspección Técnica del Vehículo del coche del minusválido o del acompañante. *En caso de reservas de espacio para minusválidos.
<input type="checkbox"/>	Certificado del Centro Sanitario o Escolar al que asiste de forma periódica, haciendo constar el Horario de dicho centro. *En caso de Reserva de Espacio de Ambulancia o Vehículo de transporte Escolar.
<input type="checkbox"/>	Ingreso de Autoliquidación.