

**SOLICITUD DE EXENCIÓN POR DISCAPACIDAD**  
**EN LAS TASAS POR EXPEDICIÓN DE TÍTULOS Y CERTIFICADOS EN EL ÁMBITO DE LAS ENSEÑANZAS NO**  
**UNIVERSITARIAS**

(Art. 139.2, de la Ley 12/2001, de 20 de diciembre, de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Castilla y León)

**1. DATOS DEL SOLICITANTE:**

NOMBRE:.....1<sup>ER</sup> APELLIDO:.....2<sup>º</sup> APELLIDO.....

DNI/NIF:.....

DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES:.....

TELÉFONO DE CONTACTO:.....

**2. DATOS DE LA DISCAPACIDAD:**

Porcentaje de discapacidad reconocido: .....

Fecha de validez: ..... (en el caso de estar prevista su revisión)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

Documentos que deberán acompañar a la solicitud:

1. Copia compulsada del documento que acredite la discapacidad reconocida.

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE VALLADOLID**