|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fusagasugá,  | **día** | **mes** | **año** |

Señores:

**SECRETARIA DE MOVILIDAD**

Alcaldía de Fusagasugá

Respetados Señores:

Solicitó sea autorizado para transitar el día sin carro y sin moto de acuerdo al Decreto Municipal 103 del 30 de octubre de 2023 “Día sin Carro y sin Motocicleta”; de conformidad con los siguientes datos.

“Las personas que soliciten el permiso deben estar vinculados a una Empresa legalmente establecida para poder ser autorizado, de acuerdo al numeral 18 del artículo 2 Excepciones del Decreto Municipal 103 del 30 de octubre del 2023”

|  |
| --- |
| Solicitud |
| No. de Placa del vehículo | Clase de Vehículo |
|  |  |
| Nombres y Apellidos | Cédula de Ciudadanía |
|  |  |
| Categoría Licencia de Conducción | Persona Independiente |
|  | **SI** | **NO** |
| Nombre de la Empresa | Nit de la Empresa |
|  |  |
| Dirección de la Empresa | Teléfono o Celular de la empresa |
|  |  |
| Dentro del Decreto 103 de oct 2023.¿A cuál excepción se acoge? | Correo electrónico |
|  |  |

En el siguiente cuadro únicamente debe ser diligenciado por la persona que se encuentra excluida en el numeral 7 del artículo 2 Excepciones del Decreto Municipal 103 del 30 de octubre de 2023.

Tener en cuenta la Resolución No 0004575 de 2013 del 7 noviembre expedida por el Ministerio de Transporte.

|  |
| --- |
| Solicitud persona con Capacidades Diversas |
| No. de Placa del vehículo | Clase de Vehículo |
|  |  |
| Nombres y Apellidos | Cédula de Ciudadanía |
|  |  |
| Categoría Licencia de Conducción | Clase de discapacidad |
|  |  |
| No. historia clínica | La persona con capacidades Diversas conduce |
|  | **SI** | **NO** |

Nota: Dentro del vehículo debe estar la persona con Capacidades Diversas.

|  |
| --- |
| Clases de Capacidades Diversas |
| 1. Discapacidad visual
2. Discapacidad Auditiva
3. Discapacidad Física
4. Discapacidad Intelectual
 | 1. Discapacidad Psicosocial o Mental
2. Discapacidad de Sordoceguera
3. Discapacidad Múltiple.
 |

**Conceptos:**

**Discapacidad**: Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona. (Tendrá el visto bueno de la secretaria de Salud)

**Incapacidad**: Temporal o baja laboral, la situación de un trabajador cuando, por causa de una enfermedad común o profesional o por un accidente, está temporal o totalmente imposibilitado para trabajar por indicación médica, y precisa asistencia sanitaria.

1. Debe ser radicado en la ventanilla única de la Alcaldía de Fusagasugá, Calle 6 No. 6 – 24 Centro administrativo Municipal, primer piso y/o atención al ciudadano atencionalciudadano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co
2. El vehículo y el conductor deben contar con todos los requisitos exigidos por la Ley 769 de 2002.

SOAT – Vigente

TECNO MECANICA – Vigente.

LICENCIA DE CONDUCCION – Vigente (Según la Categoría).

LICENCIA DE TRANSITO.

1. Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012. Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.
2. Nos posibilita cuantificar la realidad y disponer de los elementos que nos permitan su análisis estadístico.
3. La respuesta será enviada al correo electrónico suministrado.
4. Este formulario debe ser radicado 6 días calendario antes del día sin carro y sin moto.

Cordialmente,

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. Cedula de Ciudadanía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono o Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **VERIFICACIÓN Y APROBACIÓN DE LA SOLICITUD****(Espacio diligenciado por la Secretaría de Movilidad)** |
|

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**APROBADO SI NO** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma de quien aprueba****Nombre:****Cargo:** |