



ENTIDAD LOCAL AUTONOMA
De
Ventas de Zafarraya

Nota: Este documento no tendrá ninguna validez si no esta registrado y firmado.

REGISTRO GENERAL		Área, Departamento o Negociado	
Fecha:			
Entrada Nº:			

DATOS DEL TITULAR	*N.I.F./C.I.F./N.P.R.		* Nombre y Apellidos o Razón Social					
	* Nombre de la Vía Pública				* Número	Escalera	Piso	Puerta
	Código Postal	* Municipio	* Provincia	Teléfono / Fax	Correo Electrónico			

NOTA: Los datos precedidos por un asterisco (*) deberán ser rellenados obligatoriamente.

DATOS DEL REPRESENTANTE	*N.I.F./C.I.F./N.P.R.		* Nombre y Apellidos o Razón Social					
	* Nombre de la Vía Pública				* Número	Escalera	Piso	Puerta
	Código Postal	* Municipio	* Provincia	Teléfono / Fax	Correo Electrónico			

NOTA: El Representante aportará documento acreditativo de la representación del Titular. Dicho documento irá firmado por el titular, adjuntando fotocopia del NIF / CIF del mismo.

ANTECEDENTES	El solicitante, cuyos datos son los consignados anteriormente, EXPONE:						

SOLICITUD O COMUNICACIÓN	Por lo anteriormente expuesto <input type="checkbox"/> SOLICITA <input type="checkbox"/> COMUNICA (marque lo que corresponda)	

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA	Márquese con (X) la documentación complementaria que se acompaña:	Número de Páginas
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

NOTA: Si el espacio para cumplimentar los diferentes apartados le resulta insuficiente, indique en la casilla siguiente el número de páginas adicionales que se utilicen (sin incluir el número de páginas que forman la documentación complementaria). **POR FAVOR, CUMPLIMENTE LOS APARTADOS EN MAYÚSCULAS.**

FIRMA	Firma		
	En Ventas de Zafarraya, <input type="text"/>	de <input type="text"/>	de <input type="text"/>

Nota: Este documento no tendrá ninguna validez si no esta registrado y firmado.

SR. PRESIDENTE DE LA ENTIDAD LOCAL AUTÓNOMA DE VENTAS DE ZAFARRAYA