



**AYUNTAMIENTO
DE
BOÑAR**
Cl. Escuelas , 17
Telf.: 987735003
Fax : 987735400
E-mail : infoweb@aytobonar.es

Espacio reservado para el Registro

MODELO DE SOLICITUD GENERAL

1 DATOS DEL SOLICITANTE **Datos imprescindibles que deben ser cumplimentados para la tramitación

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIF					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
DOMICILIO (CALLE , PLAZA , AVDA. ETC)		Nº	DUPL.	BLOQUE	ESCALERA	PLANTA	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COD. POSTAL	LOCALIDAD		TELÉFONO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

2 DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DOMICILIO (CALLE , PLAZA , AVDA. ETC)		Nº	DUPL.	BLOQUE	ESCALERA	PLANTA	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COD. POSTAL	LOCALIDAD		Provincia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

3 SI OSTENTA REPRESENTACIÓN – EN REPRESENTACIÓN DE : *Datos imprescindibles en el caso de sociedades

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CIF		TELÉFONO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO (Calle , Plaza , Avenida)		Nº	PISO	PUERTA	LOCALIDAD
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESPECIFICAR EL TÍTULO DE LA REPRESENTACIÓN					
<input type="text"/>					

4 EXPONE

<input type="text"/>

5 SOLICITA

<input type="text"/>

En Boñar , a de de 20

Firma

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE BOÑAR