

--	--	--



AYUNTAMIENTO
DE SAN ANDRÉS
DEL RABANEDO

CENTRO DE DIA PARA PERSONAS MAYORES

Dº/Dª	DNI	
Domicilio	C.P.	Teléfono

En calidad de titular o representante de:

Dº/Dª	D.N.I.
Domiciliado en	C.P.

SOLICITA:

- ☐ Plaza en la Unidad de Estancia Diurna.
- ☐ Ser socio/a en la Unidad de Atención Social.
- ☐ Inscripción en Actividades del Centro.

DECLARA: Que todos los datos que presenta en esta solicitud son ciertos y se compromete a informar oportunamente de cuantas variaciones respecto a los mismos puedan producirse y afectar a la concesión de la prestación o servicio solicitado.

San Andrés, a _____ de _____ 200

Fdo.

SR. ALCALDE AYUNTAMIENTO DE SAN ANDRÉS DEL RABANEDO