



Ajuntament de Relleu

Nom _____

Nombre

Major d'edat con NIF nº. _____

Mayor de edad con NIF nº.

Domicili a l'efecte de notificació _____

Domicilio al efecto de notificación

Població _____ Telèfon _____

EXPOSA:

EXPONE:

Que reúne los requisitos para ser incluido/a en el programa
"QUÉDATE EN CASA, COMPRAMOS POR TÍ"

SOL·LICITA:

SOLICITA:

Su inclusión en dicho programa

S'hi adjunta la documentació següent

Se adjunta la documentación siguiente

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

DNI

Grado de discapacidad

Resolución de dependencia

Informe Médico

Relleu a _____ de _____ de 202__

SENYOR ALCALDE-PRESIDENT DE L'AJUNTAMENT DE RELLEU (ALACANT)