



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO / FECHA Y HORA /

CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA INTERESADO/A
Apellidos y nombre
N.I.F./N.I.E.
Domicilio a efectos de notificación
Municipio
Provincia
Código Postal
Teléfono
Correo electrónico

DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE
Apellidos y nombre
N.I.F./N.I.E.
Domicilio a efectos de notificación
Municipio
Provincia
Código Postal
Teléfono
Correo electrónico

MOTIVO DE LA SOLICITUD



SOLICITA

En _____, a ____ de _____ de _____

Firmado:

A rellenar sólo en copias impresas

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99)

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ALBALATE DEL ARZOBISPO