Ayuntamiento de la Muy Noble, Leal y Antigua Villa de Orgaz

Beneficiarios del S.A.D.
(Servicio de Ayuda a Domicilio)

DON _____

Domiciliado en _____, Calle de _____ N.º _____

Teléfono _____ con D. N. I. _____ en su propio nombre o en

representación de _____

domiciliado en _____ calle _____

EXPONE:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SOLICITA:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ORGAZ, a _____ de _____ de 2.0____

ILMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE **ORGAZ**