

D/Dña. _____ D.N.I. n°: _____
con domicilio en _____
localidad _____ provincia _____
código postal _____ y de n° de teléfono _____

EXPONE:

SOLICITA:

Talavera de la Reina, de 200

Firma:

**SR. CONCEJAL-DELEGADO DE SANIDAD Y CONSUMO
EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TALAVERA DE LA REINA**