



SOLICITUD CONCURSO MASCARILLAS

D./Dña. _____ (en representación
de _____) mayor de edad, con
D.N.I.: _____, domicilio en la Cl/ _____,
C. P. _____ de _____, número de teléfono _____,
y correo electrónico _____,
ante Ud. comparece y

EXPONE:

QUE VISTO EL ANUNCIO DEL CONCURSO DE MASCARILLAS 2020 REALIZADO

POR EL ÁREA DE IGUALDAD DEL AYUNTAMIENTO DE PEDRO ABAD

FACILITÁNDOME LAS BASES PARA SU PARTICIPACIÓN

Por todo lo cual

SOLICITA:

PARTICIPAR EN DICHO CONCURSO, RESPETANDO EN TODO MOMENTO LAS

BASES ESTABLECIDAS POR EL AYUNTAMIENTO DE PEDRO ABAD

En Pedro Abad, a _____ de _____ de 202 .

Fdo.: _____

SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE PEDRO ABAD