



SOLICITUD LOCAL MUNICIPAL

SUJETO PASIVO / SOLICITANTE

D/D^a.

con domicilio en DNI

C.P. Población: Teléfono: Fax:

DATOS DEL REPRESENTANTE (si existe)

D/D^a.

con domicilio en NIF

C.P. Población: Teléfono: Fax:

SOLICITA LOCAL MUNICIPAL

CASA DE LA CULTURA

SALA 1 SALA 5 SALA "DE CRISTAL" SALA 2 SALA 8 CARPA

CASAL JOVE

SALA INFORMÁTICA SALA PROYECCIONES

SALÓN MULTIFUNCIONAL (Venta San Antonio - Estación)

- SALA MULTIFUNCIONAL

PRESÓ

SALA DE LA "PRESÓ"

ACTIVIDAD A REALIZAR:

FECHA/S:

HORARIO:

Nº APROX DE ASISTENTES:

PERSONA RESPONSABLE Y TELÉFONO:

OBSERVACIONES:

Declaro bajo mi responsabilidad que la actividad a realizar en la/s fecha/s y sala/s solicitada/s se realizan sin fines comerciales y sin ánimo de lucro.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

Cabanes, a de

- DNI / CIF del solicitante

El solicitante

Ajuntament de Cabanes

Plaça Església nº 5, Cabanes. 12180 Castellón. Tfno. 964331001. Fax: 964331931

* De conformidad con lo establecido en el art. 71 de la Ley 30/1992, el solicitante deberá aportar la documentación que se indica en el plazo de 10 días. Si no se aportasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistida su petición, dictándose la correspondiente resolución. Los datos de carácter personal proporcionados a través del presente formulario o cuestionario y, en su caso, en los documentos que pudiere acompañarse, son incluidos en fichero/s para su tratamiento por este Ayuntamiento, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Los datos serán cedidos o comunicados en los supuestos previstos, según Ley. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, presentando un escrito, acompañado de una fotocopia de su D.N.I., Pasaporte, NIE u otro documento de identificación equivalente, dirigida al Registro de Entrada del Ayuntamiento de Cabanes.