



AYUNTAMIENTO DE  
BOLLULLOS DE LA MITACIÓN  
Plaza de Curros Viqueza, 1  
Bollullos de la Mitación  
41110 - SEVILLA  
Tf: 95.57651000 - Fax: 95.57651024

*Registro de Entrada*

**Datos del Solicitante:**

Nombre y Apellidos:	N.I.F	
Fecha de Nacimiento:	Estado civil:	Teléfono:
Domicilio:	Localidad:	
Ingresos Económicos:		

**Convive con:**

Parentesco	Nombre y Apellidos	Edad	Ocupación	Ingresos

**Expone:**

**Que desea ser beneficiario/a de los servicios derivados del S.A.D. por:**

---

---

**Solicita:**

**Se le presten los siguientes servicios:**

---

---

En Bollullos de la Mitación a ..... de ..... de .....

Firma del Solicitante

**Documentos que presenta:**

- Fotocopia D.N.I. del solicitante
- Informe médico
- Certificado de convivencia
- Justificantes ingresos económicos de todos los miembros de la Unidad de Convivencia
- Otros (especificar):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_