



ALTERACIÓN DEL NOMBRE Y CAPITALIDAD DE ENTIDADES LOCALES.

DATOS DEL SOLICITANTE:

| | | | | | |
|----------------------|---------------------------|------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Ayuntamiento: | | | | | |
| CIF | Correo electrónico | Teléfono | Móvil | | |
| | | | | | |
| Tipo Vía | Vía | Nº | Escalera | Planta | Puerta |
| | | | | | |
| Localidad | Municipio | Provincia | Código Postal | | |
| | | | | | |

EXPONE:

| |
|--|
| |
|--|

SOLICITA:

| |
|--|
| |
|--|

En, _____ a ___ de ___ de ____

Fdo.: _____

A/A: Ilmo/a. Sr/a. Director/a General de Administración Local. Consejería de Presidencia. Avda. Infante Juan Manuel, 14. 30011 - MURCIA