



AYUNTAMIENTO DE
Palos de la Frontera

Núm. Expediente:

PROGRAMA MUNICIPAL DE SUSTITUCIÓN DE BAÑERA POR PLATO DE DUCHA
PROGRAMA DE ACCESIBILIDAD - ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL HOGAR

D./Dña. _____

con D.N.I./N.I.E. número _____, y domicilio en Palos de la

Frontera en _____

teléfono _____

DECLARA

QUE CUMPLE LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SER BENEFICIARIO/A DEL
PROGRAMA MUNICIPAL DE SUSTITUCIÓN DE BAÑERA POR PLATO DE DUCHA

SOLICITA

LE SEA APROBADA LA AYUDA ECONÓMICA PARA EJECUTAR EN MI VIVIENDA
HABITUAL LAS OBRAS DE SUSTITUCIÓN DE BAÑERA POR PLATO DE DUCHA.

En Palos de la Frontera, a _____ de _____ de 20 _____

(firma del Solicitante)

(*) Adjuntar copia D.N.I. / N.I.E.

(*) Adjuntar volante/informe empadronamiento