

Nº Exp.:

Mod. CH V

SOLICITUD PARA LA AYUDA PARA LA VACUNACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

1.- A rellenar por el interesado

D./ D^a

Nº D.N.I. TELÉFONO F. Nacimiento.....

DIRECCION: Nº PISO

E-MAIL

2.- Por medio de la presente SOLICITO AYUDA PARA LA VACUNACIÓN DE HIJO/A.

Nombre del bebé:..... F.Nacimiento:.....

3.- Documentación a Presentar

SOLICITUD

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

DNI (AMBOS PROGENITORES)

FACTURA ABONADA DE LA VACUNA

LIBRO DE FAMILIA

PALOS DE LA FRONTERA, A DE DE 20__

(FIRMA)

A rellenar por la Administración:

RESPUESTA:

Sr. ALCALDE -PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE PALOS DE LA FRONTERA

S.A.C. (Servicio de Atención al Ciudadano

C\ Rábida nº 3 . Palos de la Frontera (Huelva) – C.P.: 21810

Telf: 959- 350100 – Fax: 959-350987 - WEB: www.palosfrontera.com – Email: sac@palosfrontera.com ;