

Autorizo la solicitud abajo relacionada, remitida por el interesado a través de correo electrónico, Internet o vía fax y perteneciente a:

Organismo:

Dirección:

Municipio:

Provincia:

Teléfonos de contacto:

Fax:

Correspondiente a la acción formativa
_____ de la Mancomunidad
de Municipios de la Costa del Sol Occidental del día _____ al
_____ de

Declara bajo su responsabilidad cumplir los requisitos exigidos y ser ciertos los méritos alegados que más abajo relaciona para acceder a dicha actividad.

Nombre:

Apellidos:

Puesto que desempeña:

Lugar y fecha

Vº. Bº
El superior

Fdo