



AUTORIZACIÓN de los RESTANTES MIEMBROS de la UNIDAD FAMILIAR para el TRATAMIENTO de DATOS NECESARIOS para PROGRAMA PREVENCIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL A TRAVÉS DEL EMPLEO TEMPORAL

Sr./Sra. Alcalde/sa-Presidente/a del Excmo. Ayuntamiento de Bormujos

Ante la Delegación Municipal de **BIENESTAR SOCIAL**

DATOS del DECLARANTE o SOLICITANTE

Documento de identificación	Número de documento	Nombre
Primer apellido	Segundo apellido	

DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona firmante de la solicitud **DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD** la veracidad de los datos cumplimentados

MIEMBROS de la UNIDAD FAMILIAR (mayores y menores de edad)

Apellidos	Nombre	Documento de identidad
		FIRMA
Apellidos	Nombre	Documento de identidad
		FIRMA
Apellidos	Nombre	Documento de identidad
		FIRMA
Apellidos	Nombre	Documento de identidad
		FIRMA
Apellidos	Nombre	Documento de identidad
		FIRMA
Apellidos	Nombre	Documento de identidad
		FIRMA

En Bormujos, a

de

de

Firmado: