



MERCADO AMBULANTE ARCOS DE LA FRONTERA 20_____

RENOVACIÓN DEL _____ AL _____

PLAZO PRESENTACIÓN DEL _____ AL _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS		Nº PUESTO
DNI / CIF	DOMICILIO	
LOCALIDAD Y CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO
EN SU REPRESENTACIÓN		

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE DE ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD:

- ☐ FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
- ☐ CERTIFICADO DE HACIENDA DE ESTAR CORRIENTE DE PAGO
- ☐ CERTIFICADO DE LA TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE NO TENER DEUDA PENDIENTE
- ☐ VIDA LABORAL ACTUALIZADA
- ☐ COPIA DE RECIBO DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN VIGOR
- ☐ DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET DEL SOLICITANTE (ORIGINALES Y ACTUALIZADAS)

ACTIVIDAD

METROS

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Mediante esta solicitud DECLARO que cumpla con TODOS los requisitos exigidos en la Ordenanza Reguladora de Comercio Ambulante de Arcos de la Frontera y que no incurriré en ninguna de las causas de incapacidad o incompatibilidad para contratar con la Administración.

FECHA Y FIRMA

Arcos de la Frontera, a _____ de _____ de 20__

DECRETO DE ALCALDÍA REGÍSTRESE Y PASE SU INFORME A LA DELEGACIÓN DE SALUD Y CONSUMO

EL ALCALDE

EL SECRETARIO GENERAL