



MERCADO AMBULANTE 20 ____ NUEVA SOLICITUD JÉDULA
RENOVACIÓN DEL ____ AL ____
PLAZO PRESENTACIÓN DEL ____ AL ____
EN REGISTRO GENERAL O EN EL EDIFICIO DE EMPRENDEDORES 1ª PLANTA

DATOS PERSONALES

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

DOCUMENTACIÓN QUE PUEDE APORTAR

<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA COMPULSADA DNI TITULAR
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE TESORERÍA SEGURIDAD SOCIAL DE NO TENER DEUDA
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DE VIDA LABORAL ACTUALIZADA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO HACIENDA DE ESTAR AL CORRIENTE DE PAGO Y ALTA EN EL IAE
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA CARNET VENDEDOR AMBULANTE
<input type="checkbox"/> DEMOSTRAR SI TIENE EXPERIENCIA COMO VENDEDOR AMBULANTE EN LA LOCALIDAD
<input type="checkbox"/> COPIA DEL RECIBO DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN VIGOR
<input type="checkbox"/> 2 FOTOS TAMAÑO CARNET
<input type="checkbox"/> JUSTIFICANTE DE ADHESIÓN AL SISTEMA ARBITRAL DE CONSUMO
<input type="checkbox"/> CURSOS O DISTINTIVOS DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA VENTA AMBULANTE
<input type="checkbox"/> ACREDITAR SI SE TRATA DE: persona en riesgo de exclusión social, mujer víctima de violencia de género, joven menor de 30 años, mujer con carga familiar, parado/a de larga duración o persona mayor de 45 años.
<input type="checkbox"/> COPIA DE SOLICITUDES PRESENTADAS EN AÑOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> OTROS
ACTIVIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA

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
-------------------	------------------------------