



AYUNTAMIENTO DE OLIVARES
AREA DE BIENESTAR SOCIAL
Tfno: 954 11 2820 Fax.: 955718488

SOLICITUD DE LA CAMPAÑA DE ALIMENTOS

NOMBRE DE LA ENTIDAD	Ayuntamiento de Olivares
FECHA DE SOLICITUD	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/A SOLICITANTE:

Nombre:

D.N.I. o Pasaporte:

Domicilio:

Teléfono:

Nº de miembros de la unidad familiar:

DATOS ECONÓMICOS:

INGRESOS

Solicitante	
Cónyuge	
Hija	

GASTOS EXTRAORDINARIOS

Vivienda	
Enfermedad	
Otros	

Declaro que los datos anteriormente indicados son ciertos.

Fdo: