

PLAZA DE PSICÓLOGO/A, DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

ANEXO I

SOLICITUD

1.- IDENTIFICACION

APELLIDOS Y NOMBRE				
DNI				
Domicilio:			Nº	Piso
Localidad:		Provincia:	C.P.:	
Teléfono:		Correo Electrónico:		

EXPONE:

--

SOLICITA:

--

En _____, a _____ de _____ de 201____
Firma

D/Dª _____

SR. PRESIDENTE DE LA MANCOMUNIDAD TAJO-SALOR
MANCOMUNIDAD TAJO SALOR. C/ OSCURA, 10. 10900 ARROYO DE LA LUZ (CÁCERES)