



AYUNTAMIENTO DE LA CISTÉRNIGA
Área de Bienestar Social

DATOS DEL/LA SOLICITANTE			DATOS DEL/LA SOLICITANTE		
D./D ^a .			D./D ^a .		
D.N.I. núm.			D.N.I. núm.		
DOMICILIO			I. DOMICILIO		
CALLE	NÚM.	PISO/L.	CALLE	NÚM.	PISO/L.
LOCALIDAD:			LOCALIDAD:		
PROVINCIA:		C.P.	PROVINCIA:		C.P.

TELÉFONO: _____

DECLARAMOS BAJO JURAMENTO

No estar inscritos en ningún otro REGISTRO MUNICIPAL DE UNIONES CIVILES.-

La Cistérniga, de de 2.0.....

Fdo.: _____

Fdo.: _____