

CELEBRACIÓ DE CASAMENTS A L'AJUNTAMENT

Pàg. 1

SOL·LICITANT

Nom i Cognoms				Correu Electrònic			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Domicili	Núm.	Pis	Porta	Telèfon	<input type="checkbox"/> DNI o CIF	<input type="checkbox"/> NIE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Població		CP	Província		Telèfon mòbil		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

EN REPRESENTACIÓ DE

Nom i Cognoms				Correu Electrònic			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Domicili	Núm.	Pis	Porta	Telèfon	<input type="checkbox"/> DNI o CIF	<input type="checkbox"/> NIE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Població		CP	Província		Telèfon mòbil		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

DEMANEM

Celebrar cerimònia matrimoni civil el dia de de a les Hores.*

Lloc: Sala de plens de l'Ajuntament

Un altre indret de la Ciutat de Valls

(*) Data i lloc a concertar amb el departament d'Alcaldia.

RESERVA D'ESTACIONAMENT

DEVANT L' ESGLÈSIA DE SANT JOAN:

SI

Número de places

NO

PARTICIPACIÓ DE L'ESCOLA DE MÚSICA:

SI

NO

Dades del testimoni 1

Nom	Primer Cognom	Segon Cognom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipus d'identificació	Número identificador	
<input type="checkbox"/> DNI / NIF <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>	

Dades del testimoni 2

Nom	Primer Cognom	Segon Cognom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipus d'identificació	Número identificador	
<input type="checkbox"/> DNI / NIF <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>	

Dades del testimoni 3

Nom	Primer Cognom	Segon Cognom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipus d'identificació	Número identificador	
<input type="checkbox"/> DNI / NIF <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>	

Dades del testimoni 4

Nom	Primer Cognom	Segon Cognom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipus d'identificació	Número identificador	
<input type="checkbox"/> DNI / NIF <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>	

Signatura del sol.licitant:

Valls, de de 20

Autoritzo a l'Ajuntament de Valls a l'obtenció i consulta per mitjans electrònics de les dades disponibles en altres administracions públiques.
Les dades de caràcter personal que ens ha proporcionat seran tractades i incorporades en un Fitxer responsabilitat de l'AJUNTAMENT DE VALLS.
Conforme allò disposat en els articles 15 i 16 de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de dades de Caràcter Personal, li informem que pot exercitar els drets d'accés, cancel·lació i oposició a: PLAÇA DEL BLAT, N°1, 43800 VALLS (TARRAGONA)