



AYUNTAMIENTO DE ALBELDA DE IREGUA  
TEL: 941443019. FAX: 941443188. C.P.: 26120  
ALBELDA DE IREGUA - (LA RIOJA)  
C.I.F.: P-2600500I  
e-mail: ayuntamiento@albelda.org

SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULARIDAD PARA FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con  
DNI/Pasaporte nº \_\_\_\_\_, y domicilio a efectos de notificaciones en  
\_\_\_\_\_, municipio de  
\_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_, y  
Teléfono \_\_\_\_\_.

EXPONE

Que deseando realizar la actividad de \_\_\_\_\_,  
en la edificación/local emplazado \_\_\_\_\_,  
Municipio de \_\_\_\_\_, propiedad de \_\_\_\_\_

Por ello,

SOLICITO

Se me conceda la correspondiente Licencia de apertura/funcionamiento de establecimiento y declaro bajo mi responsabilidad ser ciertos los datos que se consignan.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

El Solicitante,

DOCUMENTACIÓN APORTADA (Necesaria para la concesión de la licencia):

- 1.- Copia compulsada del DNI del titular.
- 2.- Copia compulsada de la Escritura de Constitución de la sociedad, cuando proceda.
- 3.- Escrituras de propiedad o contrato de alquiler del establecimiento.

SR. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUTANMIENTO DE ALBELDA DE IREGUA (LA RIOJA)