



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^a. _____, 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)