



## SOL·LICITUD REAGRUPAMENT FAMILIAR

<b>Nom i llinatges:</b>																							
<b>DNI:</b>																							
<b>Adreça:</b>																							
<b>Població i CP:</b>																							
<b>Telèfon fix i/o mòbil:</b>																							
<b>Correu electrònic:</b>																							
	<b>Vull rebre les notificacions i avisos al correu introduït anteriorment</b>																						
<b>Actuu en nom de:</b>																							
<b>DNI:</b>																							
<b>EXPÒS:</b> Que desig reagrupar els familiars següents:																							
<table border="1"><thead><tr><th>Nom i llinatges</th><th>Data de naixement</th><th>Parentiu</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			Nom i llinatges	Data de naixement	Parentiu																		
Nom i llinatges	Data de naixement	Parentiu																					
Per això, <b>DEMAN:</b> Que s'efectuï una inspecció ocular de l'habitatgei que s'emeti el certificat corresponent.																							

Pollença, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

Signatura

Ajuntament de Pollença

Carrer del Calvari, Nº 2 – 07460 Pollença – Tel. 971 530 108 – Fax 971 530 783