



M. I. AYUNTAMIENTO
DE VILLENA

Centro de Bienestar Social

A N E X O I: M O D E L O D E S O L I C I T U D D E S U B V E N C I Ó N

D./Dña., con DNI nº....., en
calidad de Presidente/a de la Entidad,
con NIF nº, con domicilio social en
....., localidad,
CP, y teléfono de contacto. Nº de inscripción en el Registro
correspondienteNº total de personas asociadas
.....

EXPONE:

Que según lo expuesto en las Bases para la Convocatoria de Subvenciones a
Asociaciones Socio-Sanitarias del municipio de Villena, estimando que cumple los
requisitos exigidos en las mismas, y adjuntando la documentación requerida,

SOLICITA:

Sea admitida la presente solicitud en dicha convocatoria, para el siguiente
programa o actividad:

1.- Coste total

En Villena, de de 2015

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE VILLENA