

COMPARECENCIA

Ante este **SERVICIO DE ATENCIÓN A LA FAMILIA**, dependiente de la Concejalía de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares, COMPARECE D. /D^a _____ de _____ años de edad, vecino del municipio y provincia de _____, con domicilio en _____, teléfono de contacto _____.

Correo electrónico (*opcional*): _____

cuya personalidad acredita con el Documento de Identidad nº _____

Datos socio-personales de referencia: _____

MANIFIESTA QUE

A los efectos de la información facilitada, la relación establecida con persona/s sobre la/s que expone la misma, es la siguiente: _____

En Alcalá de Henares, el ____ de _____ 20

Fdo: El/la compareciente

Servicio de Atención a la Familia | Plaza de los Carros 11, 28802 Alcalá de Henares
Tel. 911 15 67 09 | info@servicioatencionfamilia.org