



ANEXO I

“SONA LA DIPU: PER A NOSALTRES TAMBÉ SONA” 2009			
DATOS DEL SOLICITANTE			
AYUNTAMIENTO			
ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS			
DATOS PERSONA RESPONSABLE			
NOMBRE DEL RESPONSABLE			
TELÉFONO		FAX	
E-MAIL			
DATOS DE LA ACTIVIDAD			
MESES SOLICITADOS PREFERENTEMENTE	1ª		
	2ª		
FECHA Y SELLO DEL AYUNTAMIENTO O ASOCIACIÓN		FIRMA DEL ALCALDE/SA O CONCEJAL DELEGADO, O PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN	
Fecha:		Fdo.:	
ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE VALENCIA SERVICIO DE BIENESTAR SOCIAL PLAZA DE MANISES,4 –46003 VALENCIA			