

MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ
Secretaría del Concejo Municipal.
Tel: 2680-60-21.- Ext: 1.-Fax: 2680-60-20.
Santa Cruz-Guanacaste.

FORMULARIO SOLICITUD DE AUDIENCIA

FECHA: DIA ___ /MES ___ /AÑO ___ .

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ N°CÉDULA: _____.

DIRECCIÓN EXACTA: _____

(REFERENCIA, DISTRITO, CANTÓN, PROVINCIA)

N°TELÉFONO: _____.

N° FAX: _____.

CORREO ELECTRÓNICO: _____.

ASUNTO QUE LO MOTIVA A PARTICIPAR:

II. INFORMACIÓN ADICIONAL:

- El solicitante presenta documento(s)/ Archivos Digitales.: SI (...) NO (...). N° Folios: _____.
- N° participantes de la Audiencia: _____.
- Nombre completo y número de cédula de los acompañantes:

III. ACUSE DE RECIBIDO (para uso de la Administración).

INFORMACIÓN RECIBIDA Y REVISADA POR: _____.

NÚMERO DE CÉDULA: _____ FECHA: DIA ___ /MES ___ /AÑO ___ .

- El solicitante presenta documento(s): SI (...) NO (...). N° Folios: _____.
- El solicitante presenta Archivos Digitales.: SI (...) NO (...). Cantidad: _____.

OBSERVACIONES _____

SELLO

