



**SUBSANACION DE DOCUMENTACION**

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

|                                    |           |               |
|------------------------------------|-----------|---------------|
| APELLIDOS                          | NOMBRE    | DNI           |
| DOMICILIO (CALLE / PLAZA Y NUMERO) |           | CODIGO POSTAL |
| LOCALIDAD                          | PROVINCIA | TELEFONO      |

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTADA (si procede)**

|                                    |           |               |
|------------------------------------|-----------|---------------|
| APELLIDOS                          | NOMBRE    | DNI           |
| DOMICILIO (CALLE / PLAZA Y NUMERO) |           | CODIGO POSTAL |
| LOCALIDAD                          | PROVINCIA | TELEFONO      |

**EXPONE:**

RECIBIDA NOTIFICACIÓN DE SUBSANACIÓN DE DOCUMENTOS DE:

|        |                     |             |
|--------|---------------------|-------------|
| FECHA: | Nº REGISTRO SALIDA: | EXPEDIENTE: |
|--------|---------------------|-------------|

SOBRE:

[Empty box for details]

**ADJUNTO ACOMPAÑO LA DOCUMENTACION REQUERIDA, PARA COMPLETAR EL EXPEDIENTE O SUBSANAR LAS DEFICIENCIAS DEL MISMO, CONSISTENTES EN:**

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... |

Benidoleig, a ..... de ..... de .....

Firma: .....