



AYUNTAMIENTO DE LOS ALCAZARES (MURCIA)
Concejalía de Sanidad.
Programa Manipuladores de Alimentos.
Avda. de La Libertad num. 33
30.710 LOS ALCAZARES

Nombre y Apellidos:

D.N.I. num.	Domicilio	Teléfono
--------------------	------------------	-----------------

Actividad	Empresa
------------------	----------------

Con esta fecha, solicita a la entidad Colaboradora del Excmo. Ayuntamiento de Los Alcázares, participar en el curso y prueba correspondiente para la obtención del Carnet de Manipulador de Alimentos, de acuerdo con los requisitos exigidos en la legislación vigente.

Para la admisión de la presente solicitud, el interesado deberá aportar los siguientes documentos:

- 1. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad.**
- 2. Dos fotografías tamaño carnet.**
- 3. Carta de Pago de Ingreso de los derechos de examen a ingresar en cualquier entidad bancaria del municipio a cuenta del Excmo. Ayuntamiento y por importe de 10'82 Euros.**

Los Alcázares, a ___de_____de_____.

El Solicitante,

Nota: La presente solicitud tendrá una validez de tres meses. Si realizadas las pruebas no hubiese obtenido la calificación de Apto, deberá solicitar el acceso a las pruebas nuevamente.