



**CAMBIO DE DÍA DE DESCANSO
(TAXIS)**

DATOS DE LOS SOLICITANTES:

Solicitante 1:

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. nº: _____

Domicilio: Calle/Plaza: _____ Nº: _____

Población: _____ C.P. _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Titular licencia Nº _____

Lista: _____ Letra: _____ Nº asignado: _____

Solicitante 2:

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. nº: _____

Domicilio: Calle/Plaza: _____ Nº: _____

Población: _____ C.P. _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Titular licencia Nº _____

Lista: _____ Letra: _____ Nº asignado: _____

DATOS DE LA SOLICITUD

Por medio de la presente solicitan intercambiar, dentro de la misma Lista, el número y la letra asignado para su posterior inclusión en el Calendario Anual

San Cristóbal de La Laguna, a _____

FIRMA,

FIRMA,

Fdo: _____

Fdo: _____

EXCMO. SR. ALCALDE PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA