



AYUNTAMIENTO DE MUÑO GALINDO

ANEXO II

PADRE

Nombre y apellidos: _____.

DNI/NIE: _____.

MADRE

Nombre y apellidos: _____.

DNI/NIE: _____.

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Calle _____, nº _____.

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____.

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____.

Como titulares de la Ayuda por la Natalidad de mi hijo/a _____

_____.

DECLARO, bajo mi responsabilidad:

- Que me comprometo a seguir empadronado dentro del municipio de Muñogalindo por un período mínimo de dos años desde la fecha del nacimiento de mi hijo/a.
- Que me comprometo a la devolución de la ayuda en el caso de dejar de cumplirse alguno de los requisitos necesarios para su otorgamiento.

En Muñogalindo, a ____ de _____ de 202_.-

Firma del padre

Firma de la madre

Fdo.: _____

Fdo.: _____

AYUNTAMIENTO DE MUÑO GALINDO

Plaza Buen Gobernador, 1 – Tfno. 920 26 51 82 – Fax. 920 26 51 82