



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