



**Datos del/la interesado/a**

\* Nombre y Apellidos

\* NIF/NIE/Pasaporte      Dirección de correo electrónico (1)      Teléfono      Fax      Móvil

Dirección

Localidad      Provincia      Código postal      País      Actividad

**Datos del/la representante**

\* Nombre y Apellidos

\* NIF/NIE/Pasaporte      Dirección de correo electrónico (1)      Teléfono      Fax      Móvil

Dirección

Localidad      Provincia      Código postal      País

En Calidad de

**EXPONE**

**SOLICITA**

**Documentos que acompañan la presente solicitud**

- Fotocopia del DNI o CIF
- Documento acreditativo de la representación que ostenta
- .....
- .....
- .....

**Firma**

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20

Autorizo expresamente a la Fundación Titular Sagrada Familia para recibir comunicaciones relativas a este expediente por:  Email  SMS (móvil)



[www.fcanariasagradafamilia.org](http://www.fcanariasagradafamilia.org) / [gerencia@fcanariasagradafamilia.org](mailto:gerencia@fcanariasagradafamilia.org)

Fundación Canaria Sagrada Familia  
c/ Goya, nº 6 (Tafira Alta)  
35017 Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas)

Tel: 928 35 11 04  
Fax: 928 35 42 57