



AYUNTAMIENTO DE CASTELLAR DE SANTIAGO

PROGRAMA DE ACCIONES EN CALIDAD Y MEJORA DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES

IMPRESO NORMALIZADO Nº 23

SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULARIDAD/REAPERTURA DE ACTIVIDAD

D. _____, con DNI nº _____
EN REPRESENTACIÓN PROPIA, o de la entidad _____ con NIF _____
y con domicilio a efectos de notificación en la C/ _____, nº _____
de _____ TELEFONO DE CONTACTOS _____

EXPONE

Que deseando el cambio de titularidad/reapertura de la Actividad cuyos datos se relacionan:

ACTIVIDAD Y TITULAR:

Titular actual de la Licencia: _____
NIF: _____
Emplazamiento de actividad: C/ _____ Nº _____
Descripción de la actividad: _____

NUEVO TITULAR (rellenar solo en caso de transmisión):

Nombre: _____
NIF: _____
Domicilio Fiscal _____
Población: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

SOLICITA

Previos los trámites oportunos, se conceda el cambio de titularidad y/o reapertura según los datos expresados, acompañando a tal efecto la siguiente documentación:

- 1.- Copia de documento de transmisión.
- 2.- Copia del DNI/NIE/NIF del nuevo titular.
- 3.- IAE a nombre del nuevo titular.

* EN CASO DE REAPERTURA, INDICAR EL TIEMPO QUE HA PERMANECIDO CERRADO EN EL LOCAL EN NUMERO DE MESES: _____

En Castellar de Santiago, _____ de _____ de 20____
(firma)

SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE CASTELLAR DE SANTIAGO

Pza. De la Constitución, 1 . 13750 Castellar de Santiago (Ciudad Real). Tf. 926340001/926340342// FAX 926340253//

Correo Electrónico: castelladesantiago@castellardesantiago.es. WEB: www.castellardesantiago.es