

**Ayuntamiento de Beas****SOLICITUD DE DESINSECTACIÓN, DESINFENCIÓN Y/O DESRATIZACIÓN**

1.- IDENTIFICACIÓN				
Nombre y Apellidos:				
Domicilio. Calle / Vía.		Localidad-Provincia:		
		Código Postal:		
DNI:	Teléfono:	Email:		
2.- ESPACIO PROPUESTO PARA SU ATENCIÓN.				
LUGAR. Calle, avenida, plaza y/o espacio público				
Beas	Candón	Fuente de la Corcha	Navahermosa	Clarines
Paraje de		Camino de		
DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD DE ATENCIÓN. (marcar con una X la que proceda)				
<input type="checkbox"/>	Desinsectación. Eliminación de Abejas-Avispas-Abejorros.			
<input type="checkbox"/>	Desinsectación. Eliminación de Garrapatas-Pulgas.			
<input type="checkbox"/>	Desinsectación. Eliminación de Cucarachas.			
<input type="checkbox"/>	Eliminación de anidamientos de murciélagos.			
<input type="checkbox"/>	Eliminación de anidamientos de aves.			
<input type="checkbox"/>	Desinfección.			
<input type="checkbox"/>	Desratización.			
<input type="checkbox"/>	Otros	Descripción:		
3.- SOLICITUD.				
SOLICITA que el Ayuntamiento de Beas, a través de los Servicios Municipales, tome las medidas oportunas para proceder a realizar las tareas pertinentes para los servicios requeridos.				
4.- DOCUMENTACIÓN APORTADA, SI PROCEDE (indicar cuáles)				
5.- LUGAR, FECHA Y FIRMA				
En Beas, a _____ de _____ de _____				
Firmado:				

SR/A. ALCALDE/SA PRESIDENTE/A DEL AYUNTAMIENTO DE BEAS.