



Nº REGISTRO DE ENTRADA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO DE COMERCIO AMBULANTE EN MERCADILLO**Sr./a Alcalde/sa Presidente/a del Excmo. Ayuntamiento de Badolosa

<b>PERSONA SOLICITANTE</b>		
Nombre/Razón social:	Apellidos:	
D.N.I./C.I.F.:	Teléfonos:	Fax:

<b>REPRESENTADA POR:</b>		
Nombre:	Apellidos:	DNI:

<b>DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b>		
Domicilio (Calle, Plaza,...) Número y Planta:		
Municipio:	Provincia:	Código Postal:
Correo Electrónico:	Teléfonos:	Fax:

<b>DATOS DE LA OCUPACIÓN Y VENTA</b>	
Lugar de la Venta:	Mercadillo Municipal de Badolosa
Tipo de Comercio:	A) Mercadillo Ambulante
Objeto de la Venta:	Metros <sup>2</sup> .Solicitados:

<b>DOCUMENTACIÓN (compulsada) QUE SE ACOMPAÑA</b>
<input type="checkbox"/> Justificante de estar dada de alta en el epígrafe epígrafes correspondientes del impuesto sobre Actividades Económicas, ó, en su caso encontrarse en algunos de los supuestos de exención establecidos por la normativa vigente.
<input type="checkbox"/> Justificante de estar dada de alta en S.S. y al corriente de pagos de las cotizaciones de la Seguridad Social.
<input type="checkbox"/> Justificante de tener concertado seguro de responsabilidad civil que cubra los riesgos de la actividad comercial.
<input type="checkbox"/> Las personas prestadoras procedentes de terceros países deberán acreditar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la legislación vigente en materia de autorizaciones de residencia y trabajo.
<input type="checkbox"/> Fotocopia del carnet de persona manipuladora de alimentos, si se solicita autorización para la venta de productos alimenticios.
<input type="checkbox"/> Fotocopia del D.N.I, CIF , NIE o Pasaporte
<input type="checkbox"/> Justificante de pago de fianza conforme a la vigente Ordenanza Reguladora del Comercio Ambulante de Badolosa
<input type="checkbox"/> 2 Fotografías tamaño carnet del titular y suplente.
<input type="checkbox"/> Otros documentos justificativos para los criterios de adjudicación _____

<b>LUGAR Y FORMA DE PAGO</b>
Pago mensual y por adelantado mediante domiciliación bancaria
INDICAR EL NÚMERO DE CUENTA PARA DOMICILIACIÓN __ES_____

**La persona que suscribe, cuyos datos personales consigna, SOLICITA le sea concedida la correspondiente autorización en las condiciones establecidas, declarando ser cierto todos los datos consignados en la presente solicitud.**

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

Firma de la Persona Solicitante

Fdo.: