



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE ARUCAS
GRAN CANARIA

OFICINA DE CATASTRO

Don/Doña _____ con D.N.I.: _____
con domicilio en la c/ _____
nº: _____ esc: _____ pl: _____ pta: _____ del municipio de _____

AUTORIZO A

Don/Doña _____ con D.N.I.: _____
con domicilio en la c/ _____
nº: _____ esc: _____ pl: _____ pta: _____ del municipio de _____

PARA SOLICITAR EN MI NOMBRE:

ANTE LA OFICINA MUNICIPAL DE CATASTRO DEL EXCMO. AYTO. DE ARUCAS

Arucas a _____ de _____ de _____

FDO. _____

Documentación necesaria:

- Fotocopia del D.N.I. del titular
- Fotocopia del D.N.I. del solicitante

C/ Médico Anastasio Escudero Ruiz, nº 3. 1ª planta. Arucas
Martes y viernes de 9:00 a 13:00 h.
Teléfono: 928 622 972