



**SOLICITUDE DE PARTICIPACIÓN NO PLAN ANUAL DE ADESTRAMENTO REGULAMENTARIO
PARA A SEGURIDADE NO MANEXO DAS ARMAS**

RESPONSABLE DA SOLICITUDE

CONCELLO

CARGO

NOME

APELIDOS

DNI

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

FAX

NÚMERO DE POLICÍAS QUE ASISTIRÁN:

INDIQUE OS DÍAS E HORAS DE PREFERENCIA

DÍAS	LUNS	MARTES	MÉRCORES	XOVES	VENRES
HORARIO	<input type="checkbox"/> MAÑÁ	<input type="checkbox"/> MAÑÁ		<input type="checkbox"/> MAÑÁ	<input type="checkbox"/> MAÑÁ
	<input type="checkbox"/> TARDE	<input type="checkbox"/> TARDE	<input type="checkbox"/> TARDE	<input type="checkbox"/> TARDE	

SINATURA DO RESPONSABLE

LUGAR E DATA

, de de

