



R.E.L. 01280468

CONSULTA DE INEXISTENCIA DE ANTECEDENTES PENALES POR DELITOS SEXUALES

D/D^a

con DNI nº Domicilio en Calle

..... nº .. esc piso puerta Municipio

..... C.P. Provincia Teléfono;

Email Fecha de nacimiento

EN CASO DE SER MENOR, APORTAR FOTOCOPIA LIBRO DE FAMILIA Y DATOS DEL REPRESENTANTE

Representante D/D^a

con DNI nº Domicilio en Calle

..... nº .. esc piso puerta Municipio

..... C.P. Provincia Teléfono;

Email Fecha de nacimiento

Firma del representante:

Acompañar con fotocopia de Libro de Familia, o documento de nombramiento de Tutor y fotocopia del D.N.I.

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 26/2016, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, y la ley 45/2015 de voluntariado para Trabajar con Menores, AUTORIZO al Ayuntamiento de Collado Mediano a solicitar en mi nombre la expedición del certificado del Registro Central de Delincuentes Sexuales.

En a de de 20 ..

Firmado: igual que el DNI

Acompaña la solicitud con fotocopia del DNI