



Ayuntamiento de San Miguel de Salinas

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE FIANZA O CANCELACIÓN DE AVAL

1. DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre y Apellidos / Razón Social			CIF / NIF
Dirección			
Código Postal	Municipio		Provincia
Teléfono	Móvil	Fax	Email

2. DATOS DEL REPRESENTANTE (si procede)			
Nombre y Apellidos / Razón Social			CIF / NIF
Dirección			
Código Postal	Municipio		Provincia
Teléfono	Móvil	Fax	Email

3. DATOS DE NOTIFICACIÓN	
Persona a notificar:	Medio Preferente de Notificación
o Solicitante o Representante	o Notificación en Papel o Notificación Electrónica

4. EXPONE
<p>PRIMERO. Que, con fecha _____, <i>prestó Fianza o Aval</i> por importe de _____ euros a favor del Ayuntamiento de San Miguel de Salinas como garantía de _____ con emplazamiento en _____.</p> <p>SEGUNDO. Considerando que _____ <i>[especificar las causas que originan la devolución de la fianza o el aval].</i></p>



Ayuntamiento de San Miguel de Salinas

5. DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Fotocopia del Aval presentado o justificante del ingreso en metálico.
- Certificación bancaria con su número de cuenta, para la realización de la devolución correspondiente.
- En caso de avales o fianzas presentados con motivos de licencias de obras, deberá adjuntar fotocopia de la licencia municipal de ocupación correspondiente.

6. SOLICITA

Que, previos los trámites oportunos, me sea devuelta la fianza prestada mediante ingreso, o devolución del documento presentado, depositado el día _____, por importe de _____ €, que se referencia en esta solicitud.

7. AVISO LEGAL

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de lo siguiente:

- Los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud serán incorporados y tratados de forma confidencial en un fichero propiedad de este Ayuntamiento.
- Los datos obtenidos en esta instancia podrán ser utilizados, salvaguardando su identidad, para la realización de estadísticas internas.
- Ud. tendrá la posibilidad de acceder en cualquier momento a los datos facilitados, así como de solicitar, en su caso, su rectificación, oposición o cancelación, dirigiendo una comunicación escrita, junto con la documentación acreditativa de su identidad, a este Ayuntamiento.

En San Miguel de Salinas a _____ (fecha solicitud)

El solicitante,

Fdo.: _____

ILMO. SR. ALCALDE PRESIDENTE DEL ILMO. AYUNTAMIENTO DE SAN MIGUEL DE SALINAS

Ayuntamiento de San Miguel de Salinas

Calle 19 de Abril, 34, San Miguel de Salinas. 03193 Alacant/Alicante. Tfno. 965720001. Fax: 965720007