



Ayuntamiento de San Miguel de Salinas

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE GARANTÍA POR AUTORIZACIÓN URBANÍSTICA (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 _____, prestó Fianza o Aval por importe de _____ euros a favor del Ayuntamiento de San Miguel de Salinas como garantía de _____ con emplazamiento en _____.</p> <p>SEGUNDO. Considerando que _____ [especificar las causas que originan la devolución de la fianza o el aval].</p>

Ayuntamiento de San Miguel de Salinas

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



Ayuntamiento de San Miguel de Salinas

5. DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Fotocopia de la licencia urbanística correspondiente.
- 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 edificación, deberá adjuntar fotocopia de la autorización municipal de ocupación correspondiente.
- En cualquier otro caso, deberá aportar el certificado final de la obra.

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