

ESPACIO RESELVADO PARA CÓDIGO DE BARRAS	 <b>AyuntamientodeCabra</b>	E N T R A D A N º	
<b>CERTIFICACIÓN DE CARGOS DIRECTIVOS</b>			

1. DATOS DE LA ASOCIACIÓN					
DENOMINACIÓN SEGÚN ESTATUTOS:				C.I.F.:	
DOMICILIO SOCIAL (a efectos de notificaciones):					
C.P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:	TELÉFONO:	MÓVIL:	FAX:
CORREO-E:			PÁGINA WEB:		
NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO MUNICIPAL DE ASOCIACIONES VEGINALES:					

2. DATOS DEL REPRESENTANTE					
APELLIDOS Y NOMBRE:				N.I.F.:	
DOMICILIO:					
C.P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:	TELÉFONO:	MÓVIL:	FAX:
CORREO-E			<input type="checkbox"/> ACTUANDO EN CALIDAD DE SECRETARIO/A		

**CERTIFICO:**

Que, según los antecedentes existentes en esta Asociación, los nombres de los miembros que ocupan los cargos directivos, al día de la fecha, son los que se expresan a continuación:

Cargo	Nombre y apellidos	Domicilio	D.N.I.

Y para que conste y surta efectos en el registro municipal de Asociaciones Vecinales, expido y firmo el presente, con el V.º B.º del/de la Presidente/a, en Cabra a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_

V.º B.º El/la Secretario/a,  
 E/ la Presidente/a

Fdo.: D./D.ª \_\_\_\_\_ Fdo.: D./D.ª \_\_\_\_\_