**SOLICITUD RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL**

**Datos del/de la solicitante**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre/Razón Social: | | | | DNI/NIE/CIF: | |
|  | | | |  | |
| Dirección: | | | | | |
|  | | | | | |
| Localidad: | | | | | Código Postal: |
|  | | | | |  |
| Provincia: | Teléfono Fijo: | Teléfono Móvil: | e-mail: | | |
|  |  |  |  | | |

**Datos del/de la representante (en su caso)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre/Razón Social: | | | | DNI/NIE/CIF: | |
|  | | | |  | |
| Dirección: | | | | | |
|  | | | | | |
| Localidad: | | | | | Código Postal: |
|  | | | | |  |
| Provincia: | Teléfono Fijo: | Teléfono Móvil: | e-mail: | | |
|  |  |  |  | | |

Se debe cumplimentar el documento acreditativo de poder de representación (si lo hubiese).

**Expone**

Que ha sufrido una lesión en sus bienes o derechos en las siguientes condiciones:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la lesión** | | | |
| Fecha de la lesión: | Lugar de la lesión: | |
|  |  | | | | |
| Bien o derecho lesionado: | | Evaluación económica | | |
|  | |  | | |
| Presunta relación de causalidad con el funcionamiento con el servicio público: | | | | |
|  | | | | |
| Descripción de los hechos: | | | | |
|  | | | | |

**Solicita**

Que, le sea indemnizada tal lesión en base a la Responsabilidad Patrimonial de este Ayuntamiento.

En Villanueva de los Infantes a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

(*Firma*)

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL M.I. AYUNTAMIENTO DE VVA DE LOS INFANTES