



AYUNTAMIENTO DE
AGUILAFUENTE

AUTORIZACIÓN

ZONA DE CONCENTRACIÓN PARCELARIA: **AGUILAFUENTE (SEGOVIA)**..

Dº/Dª. _____, con D.N.I _____,

con número de teléfono: _____ / _____,

Domicilio: C/ _____,

Población _____, C.Postal _____,

Provincia: _____,

AUTORIZO A:

Dº/Dª. _____, con D.N.I _____,

con número de teléfono: _____ / _____,

Domicilio: C/ _____,

Población: _____, C.Postal _____,

Provincia: _____,

Para que me represente y en mi nombre, tome decisiones, presente declaraciones y recoja documentación relacionada con la Concentración Parcelaria de la Zona de Aguilafuente.

En _____, a _____ de _____ de 2.0 _____,

El Autorizador

El Autorizado

*El presente documento debe ir acompañado de la copia del D.N.I, del autorizante y del autorizado.