

**SOLICITUDE DE PARTICIPACIÓN NO PLAN ANUAL DE ADESTRAMENTO REGULAMENTARIO
PARA A SEGURIDADE NO MANEXO DAS ARMAS****RESPONSABLE DA SOLICITUDE****CONCELLO****CARGO****NOME****APELIDOS****DNI****TELÉFONO****CORREO ELECTRÓNICO****FAX****NÚMERO DE POLICÍAS QUE ASISTIRÁN:****INDIQUE OS DÍAS E HORAS DE PREFERENCIA**

DÍAS	LUNS	MARTES	MÉRCORES	XOVES	VENRES
HORARIO	☐ MAÑÁ	☐ MAÑÁ			☐ MAÑÁ
		☐ TARDE	☐ TARDE	☐ TARDE	☐ TARDE

SINATURA DO RESPONSABLE**LUGAR E DATA**

de

de