



**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

MARTES

XOVES

VENRES

HORARIO

☐ MAÑÁ

☐ MAÑÁ

☐ MAÑÁ

☐ TARDE

☐ TARDE

☐ TARDE

SINATURA DO RESPONSABLE

LUGAR E DATA

de

de