

**SOLICITUD DE FRACCIONAMIENTO O
APLAZAMIENTO DE DEUDAS**

Espacio reservado para el sello de registro

INTERESADO	D.N.I./ N.I.F.		Apellidos y nombre, o Razón Social		
	Domicilio Fiscal			Correo electrónico	
	Cod. Postal	Municipio	Provincia	Teléfono	Móvil

REPRESENTANTE	D.N.I./ N.I.F.		Apellidos y nombre, o Razón Social		
	Domicilio Fiscal			Correo electrónico	
	Cod. Postal	Municipio	Provincia	Teléfono	Móvil
La representación deberá estar debidamente acreditada					

Si desea que la resolución de la solicitud se le notifique a una dirección distinta del Domicilio Fiscal declarado en este modelo, indíquenos a cual:

Deuda a fraccionar o aplazar	INDICACIÓN DE LA DEUDA A FRACCIONAR O APLAZAR:
-------------------------------------	--

Propuesta de pago	<input type="checkbox"/> APLAZAMIENTO Fecha de vencimiento: _____
	<input type="checkbox"/> FRACCIONAMIENTO Nº de plazo _____ Importe de cada plazo _____ Fecha 1 ^{er} plazo: _____

se ofrecenGarantías que	<input type="checkbox"/> Aval bancario <input type="checkbox"/> Certificado de seguro de caución. <input type="checkbox"/> Otra (especificar)

Firma del solicitante	
------------------------------	--

TODAS LAS SOLICITUDES DEBERÁN IR ACOMPAÑADAS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE INDICA EN LA PAGINA WEB OFICIAL DE LA DIPUTACIÓN CUYA LECTURA INTEGRAL RECOMIENDA A EFECTOS INFORMATIVOS.