



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
MEDINA SIDONIA



**EXCMO. AYUNTAMIENTO DE MEDINA SIDONIA
ÁREA DE SEGURIDAD CIUDADANA_AGRUPACION DE VOLUNTARIOS DE PROTECCIÓN CIVIL.**

D./D^a., **con fecha de nacimiento**....., **con DNI**....., **domicilio en**, **de la localidad de**, **y teléfono**

EXPONE

Que teniendo conocimiento de la existencia de la Agrupación Local de Voluntarios de Protección Civil de este Ayuntamiento, en la cual puede participar cualquier ciudadano, residente o no en el municipio, en las tareas de estudio y prevención de situaciones de riesgo colectivo, catástrofe o calamidad pública, así como colaborar en la protección y socorro de las personas y los bienes cuando dichas situaciones se produzcan.

Que conociendo que esta Agrupación de Voluntarios queda encuadrada orgánica y funcionalmente dentro de los Servicio de gestión de emergencias municipal que depende de esta Área Municipal.

Con el pleno conocimiento y aceptación de lo dispuesto en el Reglamento de la Agrupación Local de Voluntarios de Protección Civil.

SOLICITA

Ser admitido como colaborador/voluntario en la Agrupación Local de Voluntarios de Protección Civil de Medina Sidonia.

Fecha y firma

EXCMO. SR. ALCALDE – PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE MEDINA SIDONIA