(NOM).....
amb el DNI núm.....i domicili al carrer.....
.....núm.....
de la població de .....
D.P.....tel.....
I que actuu en nom.....

EXPÒS: Que .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
PER AIXÒ
DEMAN: Que .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pollença, ...de.....de 200...
Signatura,

ALCALDIA DE L'AJUNTAMENT DE POLLENÇA
c/ Calvari, 2 – 07460 Pollença – Illes Balears – Tels. 971530108 – Fax 971530783