

**SOLICITUD DE TRANSMISIÓN DE LA AUTORIZACIÓN MUNICIPAL**  
**DE PUESTO DE VENTA AMBULANTE EN EL MERCADILLO OCASIONAL DE LOS JUEVES**

| DATOS DEL PUESTO:   |                |                          |
|---|----------------|--------------------------|
| Nº PUESTO:  | ÁREA DE VENTA: | Días autorizados: Jueves |
| PRODUCTO AUTORIZADO:  |                |                          |
| Producto que el cesionario solicita vender (Se deberá corresponder al Área al que producto pertenezca): |                |                          |

|                         |   |  |            |      |  |
|-------------------------|---|--|------------|------|--|
| DATOS CEDENTE<br>(CEDE) | NOMBRE Y APELLIDOS /DENOMINACION SOCIAL |  | NIF/CIF    |      |  |
|                         | DOMICILIO FISCAL:                       |  |            | C.P. |  |
|                         | POBLACION:                              |  | PROVINCIA: | TEL. |  |
|                         | FAX:                                    |  | Email.:    |      |  |
| REPRESENTANTE           | NOMBRE Y APELLIDOS:                     |  | NIF:       |      |  |
|                         | DOMICILIO FISCAL:                       |  |            |      |  |
|                         | TELF.:                                  |  | FAX/Email: |      |  |

|   |   |  |              |      |  |
|---|---|--|--------------|------|--|
| DATOS CESIONARIO<br>(ADQUIERE)  | NOMBRE Y APELLIDOS /DENOMINACION SOCIAL |  | NIF/CIF      |      |  |
|   | DOMICILIO FISCAL:                       |  |              | C.P. |  |
|   | POBLACION:                              |  | PROVINCIA    | TEL. |  |
|   | FAX:                                    |  | Email.:      |      |  |
| DATOS DE:   |   |  |              |      |  |
| <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE<br><input type="checkbox"/> DATOS DE COOPERATIVA COMO ASOCIADO | NOMBRE Y APELLIDOS/DENOMINACION SOCIAL: |  | NIF/CIF      |      |  |
|   | DOMICILIO FISCAL:                       |  |              |      |  |
|   | TELF.:                                  |  | FAX/E-MAIL.: |      |  |

Los firmantes solicitan al Ayuntamiento la transmisión de la autorización arriba consignada, conforme a lo establecido en el artículo 3.2 de R/D 199/2010 del BOE, la Ley 5/2010 publicada en el BOCAM y el art. 11 de la Ordenanza Municipal Reguladora de Venta Ambulante de Mejorada del Campo.

Mejorada del Campo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

FIRMA DEL CEDENTE :

FIRMA DEL CESIONARIO:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el sistema informático del Ayuntamiento de Mejorada del Campo (Madrid) y podrán ser cedidos de conformidad con la ley, pudiendo el interesado ejercer ante el mismo los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

**SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE MEJORADA DEL CAMPO (MADRID)**