

SOLICITUD

de apertura, reapertura, ampliación, traslado y traspaso de establecimiento

NOMBRE DEL CONSIGNATARIO

Sever Martínez Lopez

Clase de Establecimiento

Peluquería

Situación

Plata 52

D. *Sever Martínez Lopez* que habita en la calle
núm. _____ piso _____ solicita autorización para *Traslado* un establecimiento
de *Peluquería* en la calle *Plata* núm. *52* piso _____ previo
el pago de los derechos correspondientes.

Observaciones:

San Sebastián *23* de *Agosto* de 19*35*

Al. Jefe del Reg. de Higiene
San Sebastián *23* de *Agosto* de 19*35*
P. E. Nú. de Inscripción y Tasa,

Sever Martínez Lopez
Firma del Solicitante.

El *Jefe del Negociado de Higiene* informando sobre esta solicitud,
manifiesta: *que cumpliendo lo dispuesto en el Regla-
mento de Peluquerías, puede acordarse a lo que
solicita.*

San Sebastián *26* de *Abril* de 19*35*

Al _____
San Sebastián de _____ de 19_____
P. E. Nú. de Inscripción y Tasa,

D. Manuel Vidaur
Firma.

El _____ informando sobre esta solicitud,
manifiesta: _____

San Sebastián de _____ de 19_____
Firma.

Conforme con los dictámenes anteriores:

San Sebastián de _____ de 19_____
El Alcalde,