

**RESIDENCIA “ LA CASONA DEL PINAR”**

C/ Calzada, s/n – 40410 SAN RAFAEL (Segovia)

Tel. 921 17 14 12 – Fax 921 17 14 68

SOLICITUD

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos.....Edad.....

N.I.F. .... / ..... Domicilio c/ ..... N° .....

Localidad.....Provincia.....C.P.....

Teléfono.....Profesión.....

Natural de.....

PERIODO SOLICITADO

PERIODO: Desde el Almuerzo del día.....de.....de.....

Hasta el Desayuno del día.....de.....de.....

Total días

DATOS DEL LOS ACOMPAÑANTES

Nombre y Apellidos	D.N.I.	Edad	Relación con el solicitante
--------------------	--------	------	-----------------------------

.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Número de habitaciones solicitadas:

- Menores entre dos y doce años que se alojan en la habitación de los responsables.
- Cunas a instalar en las habitaciones de los responsables.
- Es necesario acompañar a esta solicitud fotocopia del Documento Nacional de Identidad por ambas caras.

En .....a.....de.....de.....

SR. DIRECTOR DE LA RESIDENCIA “LA CASONA DEL PINAR”