

**(MOD 1)****SOL·LICITUD DE COOPERACIÓ EN MATÈRIA D'ACTIVITATS EN L'ÀMBIT DE L'ILLA DE  
MALLORCA**

AJUNTAMENT DE		
BATLE PRESIDENT / BATLESSA PRESIDENTA		
ADREÇA DE NOTIFICACIÓ		
Carrer/Av./Plaça		
LOCALITAT	CP	MUNICIPI
TELÈFON	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA

**DECLAR:**

1. Que a l'ajuntament que presideix se li va reconèixer, per part del Consell de Mallorca, la condició de beneficiari per a la cooperació local en matèria d'activitats en l'àmbit de l'illa de Mallorca.
2. Que, a data d'avui, es manté el compliment dels requisits per ser beneficiari de la cooperació en matèria d'activitats regulada en el Reglament de cooperació local en matèria d'activitats en l'àmbit de l'illa de Mallorca.
3. Que accept les prescripcions contingudes al Reglament de cooperació local en matèria d'activitats en l'àmbit de l'illa de Mallorca.
4. Que autoritz al Servei d'Activitats del Consell de Mallorca l'accés al Registre Municipal d'Activitats o qualsevol altre registre similar per a l'obtenció de dades en matèria d'activitats per tal de dur a terme la cooperació sol·licitada.

**SOL·LICIT COOPERACIÓ PER A LA MODALITAT SEGÜENT:****Modalitat 1**

Informe tècnic/jurídic sobre el permís d'inici d'instal·lació d'activitat.

**Modalitat 2**

Redacció del pla d'inspecció municipal.

Visites de comprovació i d'inspecció obligatòries.

**Modalitat 3**

Actuacions tècniques o jurídiques per tramitar els expedients.

**Modalitat 4**

Informe tècnic/jurídic sobre expedient d'activitat no permanent.

## DADES DE L'EXPEDIENT

TITULAR	CIF
ACTIVITAT	

## EMPLAÇAMENT DE L'ACTIVITAT

Carrer/Av./Plaça		
LOCALITAT	CP	MUNICIPI
TELÈFON	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA

OBSERVACIONS (Per a les modalitats 3 o 4, indiqueu amb claredat i precisió l'actuació específica de cooperació que es requereix)

Patient Information	
First Name	
Last Name	
Address	
City	
State	
Zip	
Phone	
Insurance	
Physician Information	
Physician Name	
Physician Address	
Physician City	
Physician State	
Physician Zip	
Physician Phone	
Physician Insurance	
Referral Information	
Referral Number	
Referral Date	
Referral Type	
Referral Source	
Referral Reason	
Referral Status	
Referral Notes	

**DOCUMENTS ADJUNTS :**

Còpia de l'expedient administratiu degudament foliat i compulsat.

Pla d'Inspecció d'Activitats aprovat per l'Ajuntament (per a la modalitat 2)

Altres (especificar)

d de 201

(signatura)