

**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/.....Nº.....  
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"