

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Nombre:	Apellidos:
Domicilio:	
Ciudad:	País:
Edad:	Teléfono:
correo electrónico:	

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA O AMIGOS DE ACOGIDA:**

Nombre y apellidos:	
Relación o parentesco con el Solicitante ( <i>en caso de familiares</i> ):	
DNI N°:	Edad:
Localidad residencia:	CP:
Dirección ( <i>calle, nº, piso</i> ):	
Teléfonos Contacto:	
Correo electrónico:	

Mediante este documento **MANIFIESTAN aceptar** el compromiso de acoger temporalmente (*aproximadamente seis días en el mes de octubre*) al solicitante del Programa ..... 2019, organizado por la Diputación de León.

En ....., a ... de ..... de 2019

FIRMA DEL FAMILIAR/AMIGO DE ACOGIDA