



Señor Alcalde Municipal
Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez
Su despacho

Nombres y apellidos: _____
Edad: _____
Estado civil: _____
Profesión u oficio: _____
Nacionalidad: _____
Dirección de domicilio: _____
Dirección de trabajo: _____
Vecindad: _____
DPI: _____
Teléfono residencial: _____
Teléfono del trabajo: _____
Teléfono móvil: _____

Atentamente solicito: _____



Puede llenar este formulario en línea
escaneando este código o ingresando a:
www.munisanlucas.gob.gt/forms/gen01.pdf

San Lucas Sacatepéquez _____ de _____ de 20__.

F. _____