Imprimir formulario

Restablecer formulario

SOLICITUD DE PUBLICACIÓN

Nombre: _____ Apellidos: _____

D.N.I.: _____ Domicilio: _____

Municipio: _____

Código Postal: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Página Web: _____

SOLICITA:

Que el original que se adjunta sea estudiado por el Servicio de Publicaciones de la Diputación de Valladolid para su posible edición, aceptando las normas que rigen a tal efecto.

Original que se entrega

Título: _____

Autor. _____

Material que se acompaña:

Nº de páginas: _____ Nº de fotografías: _____

Disquete: _____ CD: _____

Otros (especifíquese):

En _____ , a día ____ del mes de _____ de 200__

FIRMA

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACION DE VALLADOLID