



POLICIA LOCAL

AJUNTAMENT DE VILA-REAL  
(PLANA BAIXA)

DOCUMENTO Nº1

RECEPCIÓN AVISO PERSONA SORDA  
**FAX 964547021**

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

**TIPO DE SERVICIO QUE REQUIERE**  
(Redondee con un circulo el servicio que precisa)

**FUEGO (BOMBEROS)**

**ENFERMEDAD (MEDICO)**

**PROBLEMA CON SU VEHÍCULO**

**DISCUSIÓN / PELEA**

**PROBLEMA CON UN VECINO**

**VIOLENCIA DOMESTICA**

**OTROS SERVICIOS (especificar de que se trata)**