



AYUNTAMIENTO DE EL SAUZAL

**MEMORIA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA  
EN LA BECA DE COLABORACIÓN-FORMACIÓN  
CURSO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

1. DATOS DEL BECARIO.			
Nombre y Apellidos / Razón Social			NIF / CIF
Dirección			
Código Postal	Municipio	Provincia	
Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico

2. MEMORIA.
A. Centro donde se ha desarrollado la colaboración:
B. Tutor:
C. Descripción del desarrollo de la actividad/ incidencias/ aspectos a destacar:
D. Número y edades aproximadas de los usuarios del centro:
E. Conclusiones y sugerencias:

En la Villa de El Sauzal, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Fdo.: El beneficiario

**. Alcalde-Presidente del Ilustre Ayuntamiento de La Villa de El Sauzal.**