

## AVAL DE CAPACITACIÓ PROFESSIONAL

### DADES DE LA PERSONA AVALISTA:

La persona atorgant d'aquest aval, \_\_\_\_\_, amb DNI núm. \_\_\_\_\_, domiciliada a \_\_\_\_\_, terme municipal de \_\_\_\_\_, en representació de l'empresa les dades de la qual a continuació es relacionen:

**Empresa:** \_\_\_\_\_ **NIF:** \_\_\_\_\_

**Domiciliada a:** \_\_\_\_\_

**Localitat:** \_\_\_\_\_ **Terme municipal:** \_\_\_\_\_

Que és titular del següent establiment de restauració:

**Denominació:** \_\_\_\_\_ **Núm. de registre:** \_\_\_\_\_

**Grup:** \_\_\_\_\_ **Categoria:** \_\_\_\_\_

**Domicili:** \_\_\_\_\_

**Localitat:** \_\_\_\_\_ **Terme municipal:** \_\_\_\_\_

Pel present document AVALA la persona indicada a continuació, a tots els efectes oportuns i amb especial referència al que preceptua l'article 19 de l'Ordre de 6 de juliol de 1992, per la qual es desenvolupa el Decret 2/1992 de 16 de gener, que ordena i regula l'oferta complementària a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, perquè pugui regentar l'establiment de restauració que tot seguit es detalla:

### DADES DE LA PERSONA AVALADA:

**Empresa o persona física titular:** \_\_\_\_\_

**NIF:** \_\_\_\_\_ **Domiciliada a** \_\_\_\_\_

**Localitat:** \_\_\_\_\_ **Terme municipal:** \_\_\_\_\_

Que serà responsable titular de l'establiment de restauració:

**Denominació:** \_\_\_\_\_ **Núm. de registre:** \_\_\_\_\_

**Grup:** \_\_\_\_\_ **Categoria:** \_\_\_\_\_

**Domicili:** \_\_\_\_\_

**Localitat:** \_\_\_\_\_ **Terme municipal:** \_\_\_\_\_

Eivissa, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 200\_\_