



Comité de Supervisión
Del Impuesto Temporal de Transacciones y Uso
de Calidad de Vida en Gonzales
(Aplicación para Nombramiento)
Abierto hasta que esté lleno

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Ocupación/Profesión _____

Cuanto tiempo ha vivido en Gonzales? _____

O ha estado en su lugar principal de negocio o empleo? _____

Historial Educativa (Secundaria/Universidad/Título(s)) _____

Describa brevemente su Visión para la Ciudad de Gonzales. O describa como le gustaría que Gonzales fuera para el año 2025.

Explique brevemente porque desea formar parte del Comité de Supervisión, y lo que usted cree que sus calificaciones son para este nombramiento

Firma: _____

Fecha: _____