



Comité de Supervisión
Del Impuesto Temporal de Transacciones y Uso
de Calidad de Vida en Gonzales (Measure K)
(Aplicación para Nombramiento)
Abierto hasta que se llene

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Nombre: _____ **Fecha de Aplicación:** _____
Puesto Solicitado: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección: _____
Calle Estado Código postal
Numero de Teléfono: _____ **Email:** _____
Ocupación/Profesión: _____
Cuanto tiempo ha vivido en Gonzales?

HISTORIAL EDUCATIVA

Secundaria / Universidad	Título(s)	Año

Describa brevemente su visión para la Ciudad de Gonzales o como le gustaría que Gonzales estuviera en 10 años.

Explique brevemente porque desea formar parte del Comité Supervisión, y cuales son las cualidades que pose para este nombramiento.

Firma

Fecha