



Municipalidad de Esquías, Comayagua,
 Telefono 2754-31-76
 Dirección Municipal de Justicia
 Correo: municipalidad0304hn@gmail.com

PERMISO DE DESTAZO VACUNO

El suscrito director municipal de Justicia de este Municipio por medio de la presente **AUTORIZA** al Sr: _____, con Documento Nacional De Identificación N° _____ solvencia municipal N° _____, para que pueda destazar una _____ color _____ con este fierro -----, El destazo lo realizará el día _____ de _____ Del año _____, a las _____. en la Comunidad de _____ localizado en este municipio. dicho destazo se hará en la casa del Sr(a) _____ de dicha comunidad.

Esquías, Comayagua ____ de ____ del _____.

 Ángel David Hernandez
 Director Municipal de Justicia