

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

TARJETA DE APARCAMIENTO DE VEHÍCULOS PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

 Solicitud **Renovación**

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE		
DNI/NIE			FECHA DE NACIMIENTO				SEXO <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER		
TIPO DE VÍA		NOMBRE VÍA							
Nº		LETRA		ESCALERA		PLANTA		PUERTA	
LOCALIDAD						PROVINCIA		C. POSTAL	
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO					
DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			DNI/NIE
TIPO DE VÍA		NOMBRE VÍA							
Nº		LETRA		ESCALERA		PLANTA		PUERTA	
LOCALIDAD						PROVINCIA		C. POSTAL	
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO					
TIENE RECONOCIDO OFICIALMENTE UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%									
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN									
TIPO DE VÍA		NOMBRE VÍA							
Nº		LETRA		ESCALERA		PLANTA		PUERTA	
LOCALIDAD						PROVINCIA		C. POSTAL	
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO					
2 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE Y CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO									
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.									
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de Residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE , y aporta fotocopia autenticada del certificado de empadronamiento.									
3 PETICIÓN DE REMISIÓN DE TARJETA									
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante SOLICITA , que la tarjeta de aparcamiento le sea remitida por correo certificado con acuse de recibo al domicilio que consta en esta solicitud a efectos de notificaciones.									



4 AUTORIZACIÓN

La persona abajo firmante **AUTORIZA** a que D./ Dña.
con DNI/NIE recoja personalmente la tarjeta de aparcamiento.

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, **SE COMPROMETE** a cumplir los compromisos que figuran en la Orden arriba reseñada y **SOLICITA** la concesión de la tarjeta de aparcamiento.

En a de de

EL/LA SOLICITANTE O EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de la solicitud. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14. 41006 - SEVILLA.