

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

TARJETA ACREDITATIVA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

 SOLICITUD

 RENOVACIÓN

Orden de de de (BOJA nº de fecha

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:			
DNI/NIE:			FECHA NACIMIENTO:			SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER			
TIPO VÍA:	NOMBRE:		NÚM:	BLOQUE:	ESC:	PISO:	PUERTA:		
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:						
TIENE RECONOCIDO OFICIALMENTE UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%									
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, en su caso									
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:		DNI/NIE:		
TIPO VÍA:	NOMBRE:		NÚM:	BLOQUE:	ESC:	PISO:	PUERTA:		
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:									
TIPO VÍA:	NOMBRE:		NÚM:	BLOQUE:	ESC:	PISO:	PUERTA:		
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:						

2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA	
<input type="checkbox"/>	Documentación acreditativa de la representación del/de la representante legal.

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE/CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad/empadronamiento a través de los Sistemas de Verificación de Identidad y de Verificación de Datos de Residencia, respectivamente, y la de la persona representante, en su caso.
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE y del Certificado de Empadronamiento.

4 PETICIÓN DE REMISIÓN DE TARJETA	
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante SOLICITA que la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad le sea remitida por correo certificado con acuse de recibo al domicilio que consta en esta solicitud a efectos de notificaciones.
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante AUTORIZA a que D:/Dª con D.N.I.: recoja personalmente la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.



5 DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, 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 acreditativa del grado de discapacidad.

En a de de
LA PERSONA SOLICITANTE O, EN SU CASO, EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL**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 para la Igualdad 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 para la Igualdad y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14. 41006 - SEVILLA.