



▾ **DATOS DEL SOLICITANTE**

APELLIDOS Y NOMBRE		D.N.I./C.I.F.
DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN		CÓDIGO POSTAL
MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO

▾ **DATOS DEL REPRESENTANTE**

APELLIDOS Y NOMBRE	D.N.I./C.I.F.
--------------------	---------------

▾ **EXPONE**

▾ **SOLICITA**

▾ **DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN**

En Conil de la Frontera, a _____ de _____ de 20____
El/la Solicitante

Los datos que figuran en esta solicitud serán incorporados a los ficheros automatizados de titularidad pública y destino municipal, que tengan por finalidad la gestión del objeto de dicha solicitud. El solicitante podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los datos que obren en dicho fichero por medio de escrito dirigido al Sr. Alcalde-Presidente, de conformidad con lo establecido en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CONIL DE LA FRONTERA