

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

TARJETA DE APARCAMIENTO DE VEHÍCULOS PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

- SOLICITUD ORDINARIA
- SOLICITUD POR RAZONES HUMANITARIAS
- RENOVACIÓN POR CADUCIDAD
- SOLICITUD POR EXTRAVÍO, DETERIORO O SUSTRACCIÓN

Orden de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

| 1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y SU REPRESENTACIÓN | | | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------|------------|--------|---|------------|---------|
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | | NOMBRE: | | |
| DNI/NIE/NIF: | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | | |
| DOMICILIO: | | | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | | | | |
| NÚMERO: | CALIFICADOR DE NÚMERO (LETRA): | KM. EN LA VÍA: | BLOQUE: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| COMPLEMENTO DE DOMICILIO: | | | | | | | |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | | C. POSTAL: | |
| TELÉFONO: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | |
| 2 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | | NOMBRE: | | |
| DNI/NIE/NIF: | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | | |
| DOMICILIO: | | | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | | | | |
| NÚMERO: | CALIFICADOR DE NÚMERO (LETRA): | KM. EN LA VÍA: | BLOQUE: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| COMPLEMENTO DE DOMICILIO: | | | | | | | |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | | C. POSTAL: | |
| TELÉFONO: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | |
| 2 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS | | | | | | | |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE DE LA PERSONA SOLICITANTE | | | | | | | |
| <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 Datos de Identidad. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE. | | | | | | | |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DE EMPADRONAMIENTO DE LA PERSONA SOLICITANTE | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de empadronamiento a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento. | | | | | | | |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DATOS DE PENSIONISTAS | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> La persona solicitante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos que acrediten que es pensionista de la Seguridad Social por incapacidad permanente en grado de total, absoluta o gran invalidez, o de Clases Pasivas de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad, en el sistema informático de la Seguridad Social. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada de resolución administrativa o certificado actualizado que acredite la condición de pensionista de la Seguridad Social por incapacidad permanente en grado de total, absoluta o gran invalidez, o de pensionista de Clases Pasivas de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| 2 | CONSENTIMIENTOS EXPRESOS (Continuación) |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DATOS DE SALUD | |
| <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de salud, que acrediten la movilidad reducida o deficiencia visual alegadas, en el Sistema de Información del Sistema Sanitario Público de Andalucía (DIRAYA). | |
| <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada de informes médicos y/o psicológicos que acreditan la movilidad reducida o deficiencia visual alegadas | |
| 3 | PETICIÓN 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 |
| <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA a que D./D ^a .: con DNI/NIE: recoja personalmente la tarjeta de aparcamiento. | |
| 5 | DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (Original y/o copia para su cotejo) |
| <input type="checkbox"/> Documentación que acredita la representación, si se actúa mediante representante. | |
| <input type="checkbox"/> Certificado del personal médico facultativo del Sistema Sanitario Público de Andalucía visado por la inspección de los servicios sanitarios competentes, en caso de solicitud por razones humanitarias. | |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta caducada o deteriorada, en caso de solicitud por renovación o deterioro. | |
| <input type="checkbox"/> Denuncia presentada ante la Policía Local, en caso de solicitud por extravío o sustracción. | |
| 6 | SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA |
| <p>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.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p> | |

ILMO/A SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

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 Igualdad y Políticas Sociales 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 parcialmente automatizado "TARJETAS DE APARCAMIENTO". 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 Dirección General de Personas con Discapacidad de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Avda. de Hytasa , 14. 41006-SEVILLA.