

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

TARJETA ACREDITATIVA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

 SOLICITUD RENOVACIÓN

Orden _____ 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:		NÚMERO:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	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									
APELIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, en su caso									
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		DNI/NIE:	
TIPO VÍA:	NOMBRE:		NÚMERO:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:		
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			C. POSTAL:		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:									
TIPO VÍA:	NOMBRE:		NÚMERO:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:		
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			C. POSTAL:		
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

 Documentación acreditativa de la representación del/de la representante legal.

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE/CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO

 La persona **SOLICITANTE** presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

 NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

 La persona **SOLICITANTE** presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.

 NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.

 La persona **REPRESENTANTE** presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

 NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

 La persona **REPRESENTANTE** presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.

 NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.

4 PETICIÓN DE REMISIÓN DE TARJETA

- 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.
- La persona abajo firmante **AUTORIZA** a que D:/D^a con D.N.I.: recoja personalmente la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, 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 TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES 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 Igualdad, Salud 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 "VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD". 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, Salud y Políticas Sociales, Avda. Hytasa, 14. 41071 - SEVILLA.