

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

**TARJETA DE APARCAMIENTO DE VEHÍCULOS PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA**  
(Código procedimiento: 8730)

- 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:			FECHA DE NACIMIENTO:			SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	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	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

2 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 1)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que <b>NO</b> dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que <b>AUTORIZO</b> a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico: .....						Nº teléfono móvil: .....	

**3 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS**

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE (cumplimentar sólo en caso de que la persona solicitante sea una persona física, no jurídica)

Marque una de las opciones.

- 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.
- NO CONSIENTO** y aporta copia del DNI/NIE.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Marque una de las opciones.

- 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.
- NO CONSIENTO** y aporta copia del DNI/NIE.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE RESIDENCIA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Marque una de las opciones.

- 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.
- NO CONSIENTO** y aporta copia del Certificado de Empadronamiento.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE CONDICIÓN DE PENSIONISTA POR INVALIDEZ DEL INSS/ CLASES PASIVAS

Marque una de las opciones.

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de los datos de condición de Pensionista por Invalidez del INSS/ CLASES PASIVAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas
- NO CONSIENTE** y aporta Resolución del INSS/ Certificado actualizado correspondiente.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DATOS DE SALUD

Marque una de las opciones.

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de salud en el sistema DIRAYA
- NO CONSIENTE** y aporta informes médicos y/o psicológicos correspondientes.

**4 PETICIÓN REMISIÓN DE TARJETA**

- 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.

**5 AUTORIZACIÓN**

- La persona abajo firmante **AUTORIZA** a que D./D<sup>a</sup>.: ..... , con DNI/NIE: ..... recoja personalmente la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.

**6 DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (Original y/o copia para su cotejo)**

- Documentación que acredita la representación, si se actúa mediante representante.
- 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.
- Tarjeta caducada o deteriorada, en caso de solicitud por renovación o deterioro.
- Denuncia presentada ante la Policía Local, en caso de solicitud por extravío o sustracción.

**7 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 .....

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.: .....

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

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la persona titular de la Dirección General de Personas con Discapacidad, cuya dirección es Avda. Hytasa, 14 CP: 41071 Sevilla
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección [dpd.cips@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cips@juntadeandalucia.es).
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la obtención de la tarjeta de aparcamiento de vehículos para personas con movilidad reducida, cuya base jurídica es la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica. <https://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>