

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:					
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"/> OPTO 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"/> OPTO 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 NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO 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
<p>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)</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporta copia del DNI/NIE.</p>	
<p>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporta copia del DNI/NIE.</p>	
<p>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE RESIDENCIA DE LA PERSONA SOLICITANTE</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporta copia del Certificado de Empadronamiento.</p>	
<p>CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE CONDICIÓN DE PENSIONISTA POR INVALIDEZ DEL INSS/ CLASES PASIVAS</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta Resolución del INSS/ Certificado actualizado correspondiente.</p>	
<p>CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DATOS DE SALUD</p> <p>Marque una de las opciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de salud en el sistema DIRAYA</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta informes médicos y/o psicológicos correspondientes.</p>	
4	PETICIÓN REMISIÓN DE TARJETA
<p><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.</p>	
5	AUTORIZACIÓN
<p><input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA a que D./D^a.: , con DNI/NIE: recoja personalmente la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.</p>	
6	DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (Original y/o copia para su cotejo)
<p><input type="checkbox"/> Documentación que acredita la representación, si se actúa mediante representante.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta caducada o deteriorada, en caso de solicitud por renovación o deterioro.</p> <p><input type="checkbox"/> Denuncia presentada ante la Policía Local, en caso de solicitud por extravío o sustracción.</p>	
7	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>	

002466/1D

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.
- 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>